Rok XLV. Kraków 3 Listopada 1906. Nr 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Spostrzeżenia z zakładu anatomii patologicznej Uniw. Jagiell. w Krakowie (Dyrektor-Profesor Dr Browicz).

O nerwiaku zwojowym (*ganglioneuroma*) wraz z opisem własnego przypadku.

Podał
Doc. L. K. Gliński.

Jakkolwiek nowotwory, w których skład wchodzą pierwociny tkanki nerwowej (komórki i zwłaszcza włókna nerwowe), nie są zjawiskiem rzadkiem, to jednak właściwe prawdziwe nerwiaki, to jest nowotwory, wychodzące z tkanki nerwowej i składające się z nowowytworzonych pierwocin nerwowych, należą do wielkich rzadkości. W najrozmaitszych nowotworach, zwłaszcza zaś często w glejakach *(glioma)*, znajdujemy niejednokrotnie włókna nerwowe, a nawet komórki zwojowe, w tych jednak nowotworach pierwociny nerwowe są tylko pozostałościami istniejącej poprzednio w tem miejscu tkanki nerwowej, która została poprzerastaną przez jakąś inną nowotworowo bujającą tkankę np. w glejakach przez glej, t. j. tkankę podścieliskową układu nerwowego.

Do grupy właściwych nerwiaków również nie możemy zaliczyć guzów, opisywanych dawniej pod tą nazwą, a obecnie znanych pod mianem nerwiaków rzekomych, jako to nerwiaków kikutowych, włókniakonerwiaków, występujących mnogo w przebiegu nerwów, nerwiaków ciałek dotykowych Paciniego i t. p. W nerwiakach kikutowych mamy właściwie do czynienia nie ze sprawą nowotworową, lecz ze zjawiskiem odradzania się i przerostu na długość przeciętych przy operacyi włókien nerwowych obok jednoczesnego rozrostu tkanki łącznej. Inne nerwiaki rzekome powstają nie wskutek nowotworzenia się pierwocin nerwowych, lecz dzięki nowotworowemu bujaniu łącznotkankowych pochewek wiązek i pęczków włókien nerwowych (*endo- i peri-neurium*), są więc właściwie włókniakami, lub co rzadziej, mięsakami nerwów, a nie właściwymi nerwiakami.

Pod nazwą prawdziwych nerwiaków opisują niektórzy autorowie rzadko zresztą spotykane t. zw. nerwiaki wiciowate (*neuroma plexiforme s. cirsoideum*). W rzeczywistości jednak dotychczas i co do tych nowotworów, nie udowodniono jeszcze, aby w nich istotnie wytwarzały się nowe włókna nerwowe, a bardzo liczni i poważni autorowie (np. Goldmann, Borst, Ribbert i inni) wprost twierdzą, że w nerwiakach wiciowatych bujaniu nowotworowemu ulega tylko tkanka łączna, włókna nerwowe natomiast ulegają tylko przerostowi na długość. Gdyby jednak nawet przyjąć, że w nowotworach tych tworzą się z poprzednio istniejących nowe włókna nerwowe, to zgodnie z Ribbertem stwierdzić należy, że te nowowytworzone włókna nerwowe nie zyskują właściwej tkankom nowotworowym samodzielności, pozostając podobnie, jak ich włókna macierzyste, w zależności od odpowiednich niezmienionych komórek zwojowych, i tych więc nowotworów za nerwiaki prawdziwe uważać nie możemy. Pod nazwą nerwiaków prawdziwych opisywano również niejednokrotnie drobne, zwykle mikroskopijne gniazda włókien nerwowych, (wyjątkowo tylko z domieszką komórek zwojowych), w mózgu, rdzeniu i w ich oponach. Liczba tych spostrzeżeń jest bardzo nieznaczna: w r. 1903 Świtalski zdołał zebrać z piśmiennictwa zaledwie 11 takich spostrzeżeń; podnieść przytem należy, że w przeważnej liczbie tych przypadków właściwie niepodobna nawet mówić o nowotworach w ściśłem tego słowa znaczeniu; a i sami autorowie, opisujący te przypadki, uważają znalezione gniazda tkanki nerwowej jużto za objaw odradzania się włókien nerwowych po przerwaniu ich ciągłości (Raymond), jużto za następstwo ich bujania po zadrażnieniu przez jakiś czynnik chorobotwórczy (Schlesinger), już wreszcie, co wydaje się najprawdopodobniejszem, za zbłąkane ogniska tkanki nerwowej „za wadę rozwojową, ściślej mówiąc za heterotopię“ (Świtalski). W opisanym wreszcie przez Kahldena przypadku „nerwiaków prawdziwych“, znalezione przez tego autora grzybiaste narośle na rdzeniu były, jak to stwierdził Hanau, wytworami sztucznymi, powstałymi podczas sekcyi skutkiem nieostrożnego wyjmowania rdzenia.

Przytoczone powyżej okoliczności były powodem, że do niedawna wielu autorów wprost powątpiewało, czy wogóle możliwem jest istnienie nerwiaków prawdziwych, zwłaszcza wobec znanej małej zdolności do rozrostu w ustroju wykształconym właściwych pierwocin nerwowych, t. j. komórek zwojowych. Do pojęcia bujania nowotworowego każdej tkanki, a więc i tkanki nerwowej, niezbędnem jest zjawisko mnożenia się właściwych pierwocin tkankowych, to jest komórek; za właściwe więc nowotwory układu nerwowego, za właściwe nerwiaki prawdziwe uważać możemy tylko nowotwory, powstałe przez rozrost właściwych pierwocin nerwowych, t. j. komórek zwojowych z jednoczesnem wytwarzaniem przez nie nowych zupełnie włókien nerwowych. O takich nowotworach pod rozmaitemi nazwami znajdujemy wzmianki w piśmiennictwie już w pierwszej połowie ubiegłego wieku (prace Günsburga i Bischoffa), opisy jednak tych autorów były wogóle bardzo niedokładne i Virchow w swem dziele o nowotworach podał te spostrzeżenia

w wątpliwość; powaga naukowa zaś Virchowa była tak wielka, że w nauce jeszcze przez długie lata niedowierzano możliwości istnienia takich nowotworów, mimo iż począwszy od r. 1870 poczęły się również pojawiać prace, opisujące oddzielne przypadki nowotworów, złożonych głównie z komórek zwojowych i włókien nerwowych (prace Loretza, Soyki, Axel Keya, Weichselbauma itd.) Dopiero jednak w ostatnich latach udowodniono stanowczo możliwość istnienia takich nowotworów, tak że dopiero w ostatniem wydaniu znanego podręcznika Zieglera (z r. 1905) poraz pierwszy znajdujemy krótką wzmiankę o tych nowotworach, czyli jak je obecnie nazywamy, nerwiakach zwojowych (*ganglioneuroma*). Wobec małej liczby dotychczas znanych spostrzeżeń, wobec szczupłych stosunkowo wiadomości o całej tej sprawie, która niekiedy może posiadać ważne znaczenie nawet dla lekarza-praktyka, pozwalam sobie omówić pokrótce przypadek, który przed niedawnym czasem nasunął mi się do badania w tutejszym uniwersyteckim zakładzie anatomii patologicznej, pozostającym pod kierunkiem prof. Browicza. (Dok. nast.)

O nerwobólu międzyżebrowym *(neuralgia intercostalis)* głównie ze stanowiska skarg chorego.

Podał

Władysław Janowski

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

(Ciąg dalszy).

f) Zdarza się czasami, że osoby młode, dotąd zupełnie zdrowe, lub co najwyżej nerwowe, dostają nagle napadu gwałtownego bólu lub kłucia w okolicy serca z gwałtowną dusznością i biciem serca z ew. napadami niemiarowości tętna i że wszystkie te objawy zależą od gwałtownego napadu nerwobólu międzyżebrowego z licznymi objawami rozpromieniania się. O takich chorych, u których, ze względu na ich wiek młody i zdrowe serce, nie może być mowy o dusznicy bolesnej, powiedzieć muszę, że cierpienie ich naśladuje rzekomą dusznicę bolesną. Sam mam 5 podobnych spostrzeżeń zanotowanych. Z nich jedno dotyczy pewnego 34-letniego oficera, który na 8 dni przed przyjściem do mnie dostał nagle gwałtownego bólu serca i duszności. Od tego czasu serce ciągle mu, jak mówił po rosyjsku, „ноетъ". Znalazłem w okolicy serca 3 punkty bolesne. Przy drugiem widzeniu się ze mną oficer ten uważał się już za zupełnie zdrowego, choć jeszcze jeden punkt u niego znalazłem. Szczególnie gwałtowny napad bólu serca i dusznicy z omdleniem na ulicy wystąpił u innej mojej chorej, bardzo nerwowej, artystki. Chorą tę odwieziono z ulicy do domu. Znalazłem u niej 2 punkty bolesne w 2-em międzyżebrzu: jeden tuż przy mostku, a drugi na linii przymostkowej. Przedtem ani potem (minęło lat 6) chora ta podobnego napadu nie miała. Podobne są pozostałe trzy moje spostrzeżenia, dotyczące również bardzo nerwowych kobiet (l. 25, 25 i 26); u dwóch z nich znalazłem przy zbadaniu po 5 punktów bolesnych w okolicy serca, a u trzeciej 8: po 3 na linii przymostkowej i sutkowej w 2, 3 i 4-em międzyżebrzu i po jednym na linii pachowej przedniej w 1-em i 2-em międzyżebrzu. Druga z nich miała nadto 2 punkty bolesne w 5-em międzyżebrzu na linii pachowej średniej i na linii odpowiadającej kątowi żebra. Dwie z pomiędzy tych pięciu chorych skarżyły się, że podczas napadu miewały silny ból w lewem amieniu, a trzy mówiły, że dostawały przytem w lewem ramieniu jakiegoś bardzo przykrego uczucia. Napady takie zdarzać się mogą jednorazowo, jak to było u pierwszych dwóch moich chorych, albo powtarzać się mogą co czas pewien, jak to było u pozostałych trzech. Jestem wogóle zdania, że olbrzymia większość przypadków t. zw. rzekomej dusznicy bolesnej *(pseudoangina pectoris)*, spostrzeganych czasem u osób bardzo nerwowych i osłabionych, dałaby się przy dokładnem badaniu międzyżebrzy, rozpoznać właśnie, jako szczególnie silny odczyn ustroju osób histerycznych lub conajmniej bardzo nerwowych na silny napad dawno utajonego nerwobólu międzyżebrowego. Stwierdzenie tego faktu wnosi odrazu postęp, dając rzecz jasno określoną i doskonale poddającą się leczeniu, zamiast czegoś niewiadomego *(pseudoangina pectoris)* i rzekomo nieuleczalnego.

Zatrzymałem się nieco dłużej na przypadkach, w których nerwoból międzyżebrowy daje objawy tego rodzaju, że wywołuje skargi na serce.

Miałem do tego kilka powodów. Po pierwsze bowiem uderza mnie nadzwyczajna częstość takich przypadków, stanowiących w moim materyale[8]) z górą 25% (68 na 258). Po drugie, uderza mnie, że w dotychczasowem piśmiennictwie o objawach sercowych przy nerwobólu międzyżebrowym znajduję zaledwie luźne wzmianki, jakby prześlizgnięcie się nad czemś, dokładniej nie spostrzeganem[9]). Po trzecie, i o to szło mi najbardziej, chciałbym przez obszerniejsze omówienie tej sprawy spopularyzować wiadomość o objawach sercowych przy nerwobólu i ochronić przez to kolegów od fatalnego błędu, polegającego na przeoczeniu omawianej tu przyczyny przykrych objawów ze strony serca. Przez trafne postawienie odrazu rozpoznania oszczędzić można sobie i choremu wiele niepotrzebnych rozczarowań, przynieść leczonemu szybką i efektowną ulgę, a nadto uchronić można chorego od powstania ewentualnych wtórnych zmian materyalnych w sercu. Jakiekolwiek bowiem przyjęlibyśmy tłomaczenie sposobu powstawania objawów zwrotnych ze strony serca przy nerwobólu międzyżebrowym, zawsze liczyć się musimy z poglądem powszechnie dziś co do wielu narządów ustalonym, że często powtarzające się lub dłużej trwające w nich zaburzenia czynnościowe prowadzą w końcu do wytworzenia zmian materyalnych, nie dających się już wyrównać. Lecząc więc wcześnie zaburzenia czynności serca na tle nerwobólu międzyżebrowego, nietylko usuwamy złe już istniejące, ale zapobiegamy nadto przedwczesnemu wytworzeniu się w danym razie zmian anatomicznych w mięśniu sercowym wskutek powtarzających się nieprawidłowości w jego działaniu.

7. Również do rzędu mało znanych objawów nerwo-

[8]) Powtarzam, przychodnim, bo drugie tyle widywałem na mieście. Nadto już po napisaniu tego artykułu przybyło mi odnośnych spostrzeżeń pięć.

[9]) N. p. u L. Krehla przy omawianiu nerwowych objawów serca. Nothnagel Path. u. Ther. XV. 1—5. Str. 423. — Jednowierszową wzmiankę w tej sprawie znalazłem z polskich autorów u B. Skórczewskiego (Medycyna Nr 19, str. 317 a), który na 185 przypadków bicia serca spostrzegał 19 razy współistnienie jego z nerwobólem międzyżebrowym.

bólu międzyżebrowego należą objawy, naśladujące cierpienie żołądka. Są nimi palenie w dołku i mdłości, dochodzące nieraz do wymiotów.

a) Skargi na ból i palenie w dołku, zależeć mogące wyłącznie od obecności punktów bolesnych na łuku żebrowym, a mianowicie na lewej linii mostkowej i przymostkowej, wyszałem od dwóch kobiet (l. 24 i l. 27). Obie leczyły się już przez czas dłuższy u kilku specyalistów, a z ich rad widziałem, że, z powodu zupełnej nielogiczności skarg żołądkowych tych chorych, dwóch z tych specyalistów zdawało sobie sprawę z czynnościowej natury cierpienia swych chorych. Jednak żaden z nich nie obmacał dokładnie międzyżebrzy, resp. nadpępcza (*epigastrium*), i dlatego na właściwe rozpoznanie nie wpadł i nie mógł im przynieść ulgi, której odrazu po pryszczydłach doznały. Trzecia (l. 30) i czwarta (l. 70) z podobnych moich chorych miały 2 punkty bolesne na linii pośrodkowej ciała również w nadpępczu i skarżyły się też na palenie w żołądku po jedzeniu od kilku tygodni. Tu nadmienię, że widując tylu i tak różnych chorych żołądkowych oraz zebrawszy 254 spostrzeżeń nerwobólu międzyżebrowego, muszę uznać zależność skargi na palenie w żołądku od nerwobólu międzyżebrowego za bardzo rzadką, skoro ją dotąd dopiero cztery razy spostrzegałem. Chciałbym, aby niniejsze słowa zwróciły baczniejszą uwagę specyalistów żołądkowych na tę *par excellence* żołądkową skargę, powstać mogącą u osób nerwowych, jako złe wyrozumienie przez nich palącego bólu w nadpępczu wskutek nerwobólu międzyżebrowego. Być może, iż zbierze się wtedy więcej podobnych spostrzeżeń. Nawiasem mówiąc, w dwu przypadkach uraz wskutek złego gorsetu wydawał mi się powodem do tak fatalnego usadowienia się punktów bolesnych. Pozostaje jeszcze rzeczą niejasną, dlaczego na tak znaczną liczbę osób z punktami bolesnymi w nadpępczu, tylko cztery z nich skarżyły się na palenie w dołku. Wkraczamy tu już jednak w dziedzinę odczuć zwrotnych, nie dających się nigdy dostatecznie uzasadnić.

b) Do bardzo ciekawych i wyjątkowo ważnych pod względem rozpoznawczym i leczniczym zaliczyć muszę te przypadki, w których chorzy skarżyli się na mdłości i wymioty, a w których skargi te zależały od nerwobólu międzyżebrowego z punktami bolesnymi na wysokości lewego 8-go i 9-ego międzyżebrza. Podobnych przypadków spostrzegałem 5, z których 2 u mężczyzn, a 3 u kobiet. Znajdowałem w nich po 3 do 6 punktów bolesnych, jak powiedziałem, w 8-em i 9-em międzyżebrzu na linii żebrowo-obojczykowej, ew. w 7-em międzyżebrzu na l. sutkowej i przymostkowej, na samym łuku żebrowym. Rozpoznanie u podobnych chorych bywa czasem bardzo trudnem, wymaga bowiem starannego wyłączenia wszystkich cierpień żołądka, zwłaszcza, iż skargi chorych są przytem takie, że, aczkolwiek z jednej strony są dla określonych postaci cierpień żołądkowych bardzo nietypowe, wprost nielogiczne, to jednak niczem nie podsuwają lekarzowi nawet oddalonej myśli o nerwobólu międzyżebrowym, resp. o dokładnem obmacaniu międzyżebrzy. To też pierwsze dwa z moich 5 przypadków rozpoznałem dopiero przy drugiem ich badaniu. Pozostałe trzy rozpoznałem odrazu. Chorzy ci skarżyli się, że dostają bólu żołądka i uczucia mdłości zaraz po każdem nieco obfitszem jedzeniu, bez względu na rodzaj spożytej strawy. Ból ten trwał do 5, a nawet 6 godzin po jedzeniu, przyczem u 2 z moich chorych kończył się skąpemi wymiotami dobrze strawioną miazgą pokarmową. Jedna z moich chorych twierdziła, że nie ma mdłości tylko po jedzeniu na noc w łóżku: oczywiście uciskanie ubrania na okolicę żołądka, dokładniej — na wyżej wymienione punkty bolesne, wystarczyło u niej dla wywołania uczucia mdłości. Inna z mych chorych miewała wymioty na czczo, a więc bez żadnego związku z jedzeniem, przy ubieraniu się, gdy dotykała omawianych miejsc zawiązywaną spódnicą. U czterech z tych pięciu chorych samo wyszukiwanie przezemnie punktów bolesnych wystarczyło do powstania obfitego ślinienia, przyczem jedna z chorych nawet trochę przy mnie wymiotowała. Jeden z chorych, pochodzący z prowincyi, cierpiał na wymioty po każdem jedzeniu z górą rok i doszedł wskutek ciągłej ścisłej dyety do nadzwyczajnego wycieńczenia i do hipochondryi, a jednak mdłości i wymioty trwały u niego ciągle. Chory ten był mi polecony przez jednego z kolegów. Kiedy, po uważnem zbadaniu i wyłączeniu innych powodów do wymiotów, znalazłem 5 bardzo bolesnych punktów w wyżej wskazanych miejscach i zastosowałem pryszczydła, chory już nazajutrz przestał wymiotować, pomimo, że z mego zalecenia jadł odrazu wszystko, a po ponownem wyszukaniu i usunięciu drugiej seryi punktów bolesnych pojechał do domu. Wiem na pewno, że jest zupełnie zdrów, gdyż w kilka tygodni potem przywiózł mi swoją żonę, cierpiącą na kamienie żółciowe, a nadto często miewam wiadomości o nim od kierowanych do mnie przez wdzięczność jego znajomych. Śpieszę dodać, że odżywianie pozostałych 4 chorych pozostawiało mało do życzenia.

Związawszy opowiadania i skargi moich 5 chorych, dochodzę do wniosku, że punkty bolesne w ich lewem podżebrzu były tak nadzwyczajnie czułe, iż stawały się powodem mdłości na drodze zwrotnej, zarówno przy lekkim na nie ucisku z zewnątrz przez ubranie lub dotknięcie palcem, jak i z wewnątrz, przez rozdęty jakąkolwiek zawartością żołądek. Sposób powstawania tego rodzaju odruchu pozostaje naturalnie niewyjaśnionym. Chciałbym jednak z tego powodu zwrócić uwagę na dwie okoliczności. Po pierwsze, wbrew zdaniu niektórych autorów, nie słyszałem nigdy skargi na mdłości i wymioty u chorych z t. zw. mastodynią, t. j. z nerwobólem na lewej linii sutkowej, odczuwanym tylko w piersi, o którym już wspomniałem powyżej. Powtóre, pragnę podkreślić z naciskiem, że opisywana skarga nie ma nic wspólnego z tak zwaną „gastralgią“ histeryczną, jedną z postaci histeryi trzewnej. Gastralgia bowiem histeryczna jest gwałtownym bólem żołądka, powstałym od zetknięcia się miazgi pokarmowej z punktem histerorodnym w błonie śluzowej żołądka [10]). Wskutek tego takie chore nic jeść nie mogą i dochodzą do nadzwyczajnego wyniszczenia. Przeciwnie w moich przypadkach siedlisko bólu znajdywało się poza żołądkiem, czego najlepszym dowodem, że mdłości powstawały przy naciskaniu na odpowiednie międzyżebrza z zewnątrz przez ubranie lub palce, a u jednej chorej nawet na czczo. Można dla tych przypadków przypuścić conajwyżej wytworzenie się wtórnego punktu histerorodnego w żołądku wskutek drażnienia punktów bolesnych, anatomicznie stosunkowo blizko, bo w sąsiednich międzyżebrzach, położonych.

---

[10]) Gilles de la Tourette. Przeróbka polska A. Puławskiego. Str. 213.

Tak, czy inaczej, pozostaje faktem niezaprzeczonym, że nerwoból międzyżebrowy może czasem stawać się jedynym powodem mdłości i wymiotów z jednej strony, i że z drugiej strony mdłości i wymioty mogą być jedynym objawem omawianego tu cierpienia. Stąd wniosek, że nie należy nigdy zapominać o obmacaniu nadpępcza i lewego podżebrza, ilekroć powód do skargi na mdłości nie da się inaczej uzasadnić. Uchroni to bowiem chorego od wielu niepotrzebnych i długotrwałych kuracyi. Moi chorzy wyleczyli się wszyscy już po pierwszem zastosowaniu u nich pryszczydeł.

8) Czasami nerwoból międzyżebrowy daje punkty bolesne, usadowione z prawej strony i promieniujące w napadzie w ten sposób, że dolegliwości chorego naśladują kamienie żółciowe i wiodą do mylnego przepisania bezskutecznego leczenia w tym kierunku. U pierwszej takiej chorej sam popełniłem błąd rozpoznawczy. Zostałem mianowicie przed trzema laty wezwany do pewnej 23-letniej mężatki, która opowiedziała mi, że w wilię tego dnia dostała gwałtownego napadu bólu w prawym boku i że wezwany lekarz stwierdził u niej napad kolki żółciowej i wstrzyknął jej morfinę. Uwierzyłem chorej, zwłaszcza, że i dokładniejsze wywiady napozór za kamicą przemawiały, i że sam, nie obmacawszy uważnie żeber, objawów przedmiotowych, któreby inaczej tłómaczyły miniony napad bólu, nie znalazłem. Gdy jednak chora ta przyszła do mnie po dniach sześciu, skarżąc się, że ma znowu taki sam ból, jak wtedy, ale znacznie lżejszy, obmacałem starannie okolicę pęcherzyka żółciowego i wątroby i natknąłem się na 4 punkty bolesne, nic wspólnego z wątrobą ani pęcherzykiem żółciowym nie mające: dwa z nich leżały na samym łuku żebrowym na linii sutkowej i żebrowo-obojczykowej, a dwa inne w 7-mem i 8-mem międzyżebrzu na linii pachowej tylnej. Oczywiście natychmiast do błędu się przyznałem i całe leczenie zmieniłem. Od tego czasu widziałem tę chorą z innych powodów dwa razy. Zapomniała zupełnie o swoich bólach. — Podobnych chorych widziałem jeszcze potem trzy, i wszystkie aż nadto usprawiedliwiły mój pierwszy błąd rozpoznawczy. Jedna z nich leczyła się na kamienie żółciowe już 8 miesięcy, a miała poprostu 5 punktów bolesnych neuralgicznych w okolicy wątroby. Wyleczyła się zupełnie po dwóch bytnościach u mnie. Również szybko wyzdrowiała następna chora (l. 36), która cierpiała na rzekome kamienie żółciowe od roku, a u której wykryłem przy badaniu 9 punktów bolesnych: 2 na łuku żebrowym — na linii pachowej przedniej i sutkowej, 1 na linii pachowej przedniej w 7-em międzyżebrzu, a nadto po 3 punkty kręgowe i na linii pachowej tylnej w 7-em, 8-em i 9-em międzyżebrzu. Oczywiście mowa tu ciągle o prawej stronie. Czwarta z tych chorych (l. 25) leczyła się już na rzekome kamienie żółciowe od lat 4. Skargi jej, pozornie typowe i nawet banalne dla kamieni żółciowych, zależały od gwałtownego promieniowania nerwobolów podczas napadów w okolicę żołądka i pod łopatkę i były tak zwodnicze, że gdyby nie nadzwyczajna częstość tych napadów, bez żółtaczki w wywiadach i bez objawów zapalenia pęcherzyka żółciowego, któreby taką częstość napadów tłómaczyły, byłbym może sam zaniechał obmacania żeber i przez to znowu zasadniczy błąd rozpoznawczy popełnił. U chorej tej znalazłem przy pierwszem badaniu 6 nadzwyczaj bolesnych punktów neuralgicznych, rozsypanych w 7-mem i 8-mem międzyżebrzu od kąta żeber aż do linii sutkowej, do łuku żebrowego. I ta chora szybko się wyleczyła.

Powód do zdarzyć się mogącej pomyłki w omawianych tu przypadkach jest aż nadto jasny. W napadzie kolki żółciowej chory ma szereg objawów gwałtownego promieniowania bolów wskutek, że tak powiem, nerwobólu trzewnego. Otóż te same objawy mogą powstać i przy nerwobólu międzyżebrowym, jeżeli punkty bolesne odpowiednio ku przodowi się usadowią, jeżeli ból rozpromienia się od nich w kierunku wątroby i żołądka i jeżeli nadto chory jest bardzo wrażliwy.

Aczkolwiek 4 tego rodzaju spostrzeżenia są, w stosunku do nadzwyczajnej u nas częstości kamicy żółciowej, odsetką bardzo nieznaczną, i aczkolwiek stosunek 4: 258 wszystkich spostrzeganych przezemnie nerwobolów jest również bardzo nieznaczny, jednakże uważam za właściwe zwrócić uwagę na możliwość pomyłki w tym kierunku. Rozpoznając bowiem kamienie żółciowe, zamiast nerwobólu międzyzebrowego, nietylko pozbawiamy chorego szybkiej i skutecznej pomocy, ale skazujemy go nadto na długie, nudne i często kosztowne, a co najgorsza, zupełnie w tym razie bezskuteczne leczenie, niesłusznie nasze zabiegi lecznicze dyskredytujące.

9) W dwu przypadkach chore, przytem obie dość otyłe, przyszły do mnie, oświadczając, że wskutek nerki wędrującej miewają, jedna od kilku miesięcy, a druga prawie od dwóch lat, napady gwałtownych bólów w prawem podżebrzu. Rozpoznanie nerki wędrującej postawili w obu tych przypadkach lekarze. W obydwu znalazłem bolesne punkty w 9-tem i 10-tem międzyżebrzu z tyłu o trzy palce na zewnątrz od kręgosłupa, oraz w 8-mem i 9-tem międzyżebrzu na linii pachowej przedniej, a nadto w jednym jeszcze przypadku i w 8-mem międzyżebrzu na linii sutkowej na brzuchu, 4 palce ponad pępkiem. Zaleciłem tym chorym zarzucenie pasa, gdyż nerki ruchomej stwierdzić u nich nie mogłem, a pas przyczyniał się znakomicie do podtrzymywania nerwobólu przez ciągłe drażnienie punktów bolesnych.

Przy tej sposobności pragnę zwrócić uwagę, że, zdaniem mojem, jednem z głównych źródeł błędów, polegających na zapoznawaniu nerwobólu międzyżebrowego, jest rozpowszechnione zupełnie mylne zdanie, że przy cierpieniu tem punkty bolesne znajdują się najczęściej ku tyłowi od linii pachowej. Wskutek tego zapomina się o konieczności obmacania przedniej połowy ciała. Dlatego właśnie zostaje przeoczonych tyle nerwobólów, prowadzących do powyżej szeroko omówionych objawów ze strony serca, żołądka, wątroby, i dlatego również silniejszy ból w brzuchu skłania lekarzy raczej do wykonania szeregu badań pomocniczych lub do odsyłania chorych do ginekologów, niż do systematycznego obmacania ścian brzucha. Tymczasem zdarza się czasami, że:

10. Chory skarży się na bóle brzucha, niekiedy w dolnej jego połowie, i to czasem na ból obustronny, a dokładniejsze badanie wykrywa, że ból ten zależy od punktów bolesnych w ścianie brzucha na linii jego sutkowej i pachowej przedniej. Takich przypadków spostrzegałem pięć.

a) W jedynym z nich pewna dama, znana mi przedtem jako chora na dnę (artrytyczka) i histeryczka, dostała tak gwałtownych bólów w brzuchu, że nie mogła, w dosłownem

znaczeniu tego wyrazu, obrócić się na łóżku. Przyjęła to za objaw cierpienia macicy i wezwała ginekologa, który dopiero polecił wezwać mnie, jako domowego lekarza. Przy starannem zbadaniu chorej, której cierpienie sprawiało na razie wrażenie objawów otrzewnych lub gwałtownego postrzału lędźwiowego (*lumbago*), stwierdziłem tylko trzy wybitne punkty bolesne wzdłuż prawej linii sutkowej na brzuchu, z których pierwszy 3 palce powyżej pępka, a następne dwa o 3 i o 6 palców niżej, a nadto dwa, również wybitne punkty bolesne wzdłuż lewej linii sutkowej — jeden dwa palce poniżej łuku żebrowego, a drugi dwa palce ponad pępkiem. Przyznaję, że na razie sam byłem swojem rozpoznaniem stropiony. Ustąpienie jednak napadu i zniknięcie punktów bolesnych po zwykle przezemnie w takich przypadkach stosowanem leczeniu, już na dobre przekonało kolegę ginekologa i mnie, że miałem słuszność.

Dwa inne tego rodzaju spostrzeżenia dotyczyły młodych kobiet, które zmęczyły się forsownem dźwiganiem podczas przeprowadzania się. U obu tych chorych, panien, które nigdy cierpień kobiecych nie przebywały, wystąpiły gwałtowne bole w brzuchu, obustronne. Przy badaniu znalazłem obustronne punkty bolesne na brzuchu na linii sutkowej dwa palce powyżej pępka oraz na jego wysokosci. Obie chore po pryszczydłach wyzdrowiały.

Podobne powstawanie urazowe nerwobólu w bocznych częściach klatki piersiowej po przepracowaniu się jest stosunkowo pospolitem. Niezwykłość wymienionych dwóch przypadków polegała tylko na niezwykłem usadowieniu się bólu. Należy sądzić, że w przypadkach takich nerwobóle powstają wskutek częstego urażania odpowiednich gałązek nerwowych przez częste i silne skurcze mięśni, co u osobników chudych jest szczególnie zrozumiałe. Nadto obie wspomniane chore były osobami bardzo nerwowemi.

b) Skargi czwartej i piątej mojej chorej z tej grupy tak łudząco naśladowały skargi przy kamieniach nerkowych lewostronnych, że w obydwu przypadkach popełniłem błąd rozpoznawczy i leczniczy, widząc chore po raz pierwszy. Dopiero ujemny wynik badania moczu i dokładne potem rozpytanie się i obmacanie stwierdziły, że obie te chore (l. 40 i 67) cierpiały tylko na nerwoból nerwów grzbietowych. U jednej z nich znalazłem punkt bolesny t. zw. kręgowy w 11-em międzyżebrzu i tylko jeden, ale nadzwyczajnie bolesny punkt na brzuchu na dwa palce powyżej pępka na lewej linii sutkowej. U drugiej zaś znalazłem na brzuchu jeden bolesny punkt trochę na zewnątrz od lewej linii pachowej na wysokości pępka, a drugi na tej samej wysokości na linii sutkowej. Skutek zmienionego wówczas przezemnie leczenia był doraźny.

11. Do skarg zupełnie niezwykłych zaliczyć też muszę przypadki, w których chorzy skarżą się na ból w nerce, a ból ten okazuje się zależnym od nerwobolu 10. i 11. nerwu grzbietowego. Takich spostrzeżeń mam trzy. Jedno dotyczy 64-letniej, bardzo wynędzniałej kobiety, leczonej od 4 miesięcy na kamienie w lewej nerce. Chora ta miała prawie stałe bóle w lewym boku, w okolicy nerki, i to tak silne, że przykuły ją na trzy tygodnie przed mojem przybyciem do łóżka. Dopiero staranne wyłączenie zapalenia tkanki okołonerkowej, przejrzenie znalezionych już tam dwóch rozbiorów moczu, obejrzenie moczu, brak promieniowania bólu wzdłuż moczowodu i w kończynę dolną, naprowadziły mnie na myśl, że może to być nerwoból. Dokładne obmacanie ostatnich czterech żeber na linii około kręgosłupa, kąta żeber, oraz linii pachowej tylnej i średniej przekonały mnie, że przypuszczenie moje jest słuszne. Znalazłem na razie 8 punktów, a mianowicie po 3 w 12-em, 11-em i 10 em międzyżebrzu na linii kąta łopatki i pachowej tylnej i 2 na linii pachowej przedniej w 11-em i 12-em międzyżebrzu. Zaleciłem pryszczydła. Po 6 dniach chora przyszła już do mnie do domu i po dwóch następnych bytnościach została zupełnie wyleczona. Zupełnie analogiczny przypadek, w którym jednak napady bólu w prawym boku doprowadziły chorą sześć razy do wymiotów, spostrzegałem u pewnej 39-letniej nauczycielki. Punkty bolesne znalazłem u niej na tych samych liniach, ale było ich aż dziesięć, gdyż znalazłem je i w 9-em międzyżebrzu. Po dwukrotnem jeszcze wytropieniu następnych punktów bolesnych chora ta wyzdrowiała.

Trzeci podobny przypadek spostrzegałem u pewnego 32-letniego mężczyzny, dotkniętego dną (artrytyka), a którego ojciec miał wiąd rdzenia. Chory ten skarżył się na ból „w obu nerkach“, który to ból okazał się zależnym wyłącznie od dwustronnego nerwobólu 12. żebra, z punktem bolesnym przy wolnych ich końcach. Ból ten ustąpił zupełnie po jednorazowem zastosowaniu pryszczydeł.

(C. d. nast.)

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Prof. Pässler. **Przyczynek do patologii chorób nerkowych.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 87). U 42-letniej kobiety z powodu raka szyjki macicy wyłuszczono macicę. W kilka miesięcy później wystąpił nagle bezmocz, trwający dni 12, wywołany, jak sekcya stwierdziła, zupełnem zaciśnięciem obu moczowodów masami nowotworowemi. Przypadek z kilku względów ciekawy: przedewszystkiem w ciągu dwunastodniowego bezmoczu aż do chwili śmierci nie pojawiły się ani razu wbrew wszelkim oczekiwaniom kurcze, drgawki, bredzenie, śpiączka, ani ślepota, jednem słowem żaden z objawów mocznicy, z czegoby wnosić należało, że przyczyną zwykłej ostrej mocznicy nie może być zatrucie żadnym ze zwykłych składników moczu, tylko jakąś inną nieznaną substancyą, która w prawidłowym moczu się nie znajduje. Pomimo 12-dniowego bezmoczu i wytworzenia się skutkiem tego znacznej wodnistości krwi (*plethora hydraemica*), obrzęki w tym przypadku się nie rozwinęły. *Wilczyński.*

Kelling. **O niedokrwistości złośliwej i białaczce.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 39). Zdaniem autora wiele szczegółów wskazuje na to, że pomiędzy niedokrwistością złośliwą, białaczką, a nowotworami złośliwymi istnieje ścisły związek. Nierzadko w przebiegu niedokrwistości złośliwej spostrzegać można białaczkę, jako powikłanie, a obraz krwi w białaczce miewa często także i cechy, znamienne dla złośliwej niedokrwistości. Obie sprawy wikłają się nieraz z nowotworami złośliwymi, w obu też nieraz tkanka, chorobowej sprawie właściwa, rozrasta się w ustroju w sposób, właściwy nowotworom złośliwym, zachowując przytem cechy płodowe. Pominąwszy wspólny we wszystkich tych sprawach korzystny wpływ arszeniku i promieni Röntgena na przebieg, oraz korzystny nieraz wpływ pewnych chorób, jak róża, widzi autor w zastosowanych przez siebie odczynach biochemicznych (precipitynowy i hemolityczny) nowy dowód ścisłego związku tych chorób pomiędzy sobą. Z pomocą tych odczynów zdołał autor udowodnić przyczynowy związek pomiędzy sztucznie do żyły wprowadzonemi komórkami plamki zarodkowej żółtka jaja kurzego a powstałą niedokrwistością złośliwą, na którą zwierzę (pies) zginęło. Podobnie do tego doświadczenia tłómaczy sobie autor wszczepienie, a następnie przy sprzyjających warunkach nadmierny, na sposób nowotworów rozrost obcych dla ustroju komórek zarodkowych, które przypadkowo dostały się do ustroju ludzkiego. Owrzodzenia przewodu pokarmowego na jakiemkolwiekbądź tle stanowią nieraz wrota, przez które obce dla ustroju komórki zarodkowe, znajdujące się przypadkowo w po-

karmie (n. p. jaja surowe, świeża siekana kiełbasa, do której dodają kawałki posiekanej ciężarnej macicy, surowe siekane mięso i t. d.) dostają się do ustroju, a rozrastając się na sposób nowotworów złośliwych (? *spraw.*) dają powód (?) do powstawania powyżej wymienionych, a ściśle — wedle autora — z sobą spokrewnionych spraw chorobowych. *Dr Maryan Godlewski.*

Doc. Rolly. **Choroby wywołane prątkami duru wrzekomego.** (*D. Archiv f. klin. Med.* T. 87). Przebieg kliniczny duru brzusznego, duru wrzekomego, jakoteż zatrucia mięsem zepsutem bywa bardzo rozmaity tak co do czasu trwania choroby, jakoteż i nasilenia pojedynczych objawów; niekiedy przypomina on ostry nieżyt żołądka i jelit, w innych znów przypadkach cholerę; wśród wątpliwości rozpoznawczych wszelkiego rodzaju jedynie tylko badanie bakteryologiczne wydzielin, krwi, stwierdzenie swoistej aglutynacyi może rozstrzygnąć, jakie zakażenie mamy przed sobą. *Wilczyński.*

CHIRURGIA. Prof. Forlanini. **W sprawie leczenia suchot płucnych sztucznie wywołaną odmą opłucną.** (*Deut. med. Wochs.* Nr 35, 1906). W r. 1882 podał już autor myśl leczenia gruźlicy płuc sztucznie wywołaną odmą opłucną. W roku 1894 przedstawiał zaś na międzynarodowym zjeździe lekarskim w Rzymie chorych, leczonych w ten sposób. Potem nie ogłaszał autor wyników, gdyż chciał zebrać kilkuletnie doświadczenie. By odma opłucna spełniła swe zadanie, musi być po pierwsze rozległą, gdyż wtedy jedynie uciska płuco i dozwala mu w spokoju się goić (powinny też zniknąć zupełnie szmery oddechowe). Powtóre odma powstawać musi powoli, nie nagle. Powiększać więc należy odmę zwolna co dzień, lub co drugi dzień. Odma powinna pozostać potem ciągle na szczycie, t. j. w miarę wessania gazu trzeba go zastępować nowym. Potrzebna ilość gazu jest różną: 1000—1800 cm. Murphy postępuje też błędnie, wytwarzając odmę i licząc potem na jej działanie stałe bez odnawiania. Przyrząd, podany przez autora, dozwala każdej chwili swobodnie wywoływać odmę. Autor używa azotu, gdyż powietrze, a raczej tlen, ulega bardzo prędko wessaniu. Przyrząd autora składa się ze zbiornika szklanego, złożonego z dwóch rur w kształcie litery U. W jednej (połączonej z igłą) jest azot, w drugiej (połączonej z balonem do wpędzania gazu) rozczyn sublimatu. Gaz przechodzi przez sączek z waty. Płyny nie nadają się do wypełniania opłucnej, jak tego doświadczenia na zwierzętach dowiodły. Na raz wprowadza autor 200—300 cm, powtarzając to co dzień aż do zupełnego zniknięcia szmerów oddechowych. Gdy są zrosty opłucne, trzeba czynić to i kilka miesięcy. W miarę wessania powtarza się nakłucia i wpędzanie azotu (zazwyczaj raz na miesiąc). W ten sposób leczył autor 25 chorych. Najlepsze wyniki uzyskał przy jednostronnej gruźlicy; przy obustronnej postępować należy ostrożnie. Przeciwwskazaniem są ostre zapalne postacie, natomiast przy krwotokach wynik jest zwykle bardzo dobry i znikają one szybko. Zwykle po wpędzeniu gazu podnosi się ciepłota i zwiększa się odkrztuszanie, jednak wnet znika. Prątki i włókna elastyczne znikają jeszcze przed ustąpieniem odkrztuszania. W razie zrostów trzeba tworzyć nieraz kilka oddzielnych odm. Po wyleczeniu radzi autor utrzymywać jeszcze pewien czas odmę. Jeden przypadek (zmarły z innych powodów) przekonał autora o skuteczności tego leczenia, gdyż płuco zmieniło się w miejscach gruźlicą dotkniętych w tkankę bliznowatą, zawierającą otorbione ogniska serowate. *Klęsk.*

Tromp. **Zewnątrzpęcherzowy rozdzielacz moczu podług Heusnera.** (*Münch. med. Wochs.* Nr 34, 1906). Zasadą przyrządu, podanego przez Heusnera, jest ucisk zapomocą dwóch poduszeczek od zewnątrz na moczowody w miejscu przejścia ich nad mięśniem lędźwiowudowym (psoas) do miednicy małej. Ułożywszy chorego w przyrządzie, który zarazem umacnia miednicę, zakłada się do pęcherza cewnik i oblicza, ile w pewnym przeciągu czasu odchodzi moczu. Potem uciska się poduszeczkami moczowody i mocz przestaje się z cewnika wydzielać. Ucisk musi być dość silny, ale chorzy znoszą go dobrze. Gdy mamy już pewność, że oba moczowody ucisnęliśmy, odsuwamy jedną poduszeczkę, a mocz zaczyna wypływać z odpowiedniej nerki i t. d. Często przytem czekać trzeba 1—2 minut, nim mocz zacznie się wydzielać. Poduszeczki uciskają przytem naturalnie i duże naczynia. Przyrząd ten jest bardzo wygodny, a daje się stosować wszędzie łatwo; natomiast cewnikowanie moczowodów wymaga wprawy i niezawsze da się wykonać (zwężenie cewki, u dzieci, silne zakażenie, krwotoki i t. d.). Wyniki badań przyrządem Heusnera są zupełnie pewne. *Klęsk.*

Arlt. **Nowy przyrząd do znieczulania lędźwiowego.** (*Münch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Przyrząd autora dozwala wykonać znieczulenie lędźwiowe w każdem miejscu, samemu bez pomocy, a zupełnie jałowo. Składa się on z puszki metalowej, w której mieszczą się: igła z mandrynem i kurkiem do zamykania, balonik gumowy i 10 fiolek, napełnionych proszkiem znieczulającym, np. 0,07 tropakokaniny. Fiolki wyjaławia się na sucho, igłę i balon gotuje. Sposób użycia: Igłę wkłuwa się z mandrynem, poczem wyciąga się mandryn. Skoro płyn zaczyna cieknąć, zamyka się kurek i łączy igłę z fiolką. Płyn mózgowordzeniowy ścieka do fiolki i rozpuszcza tropakokainę po ponownem otworzeniu kurka. Gdy już proszek się rozpuści, zakłada się na drugi koniec fiolki balonik i powoli wstrzykuje rozczyn do kanału kręgowego. Zalety przyrządu: Tropakokaina jest wyjałowioną, przechowywaną, rozpuszczaną i wstrzykiwaną z tego samego naczynia. Unika się przez to obcych czynników, jak sody i t. d., działających bardzo szkodliwie. Nie traci się nic płynu mózgowordzeniowego. Sposób użycia łatwy i pewny. Wykonać go można i w praktyce prywatnej wygodnie samemu bez pomocy. Przyrząd ten wyrabia firma M. Kahnemann w Berlinie. *Klęsk.*

HIGIENA. Prof. R. O. Neumann. **Kakao i jego wpływ na ustrój.** (*Archiv. f. Hyg.* Tom 51 i *Zeitschr. f. Untersuch. d. Nahrg. u. Genussmittel* Tom XII. Z. 1/2). Od niedawnego czasu pojawiają się w handlu nowe gatunki kakao firmy niemieckiej Reichardt, wyróżniające się małą zawartością tłuszczu kakaowego, zalecane jako szczególnie pożywne dla znacznej zawartości białka i dla nizkiej swej ceny reklamowane, jako tani środek odżywczy, a zarazem i podniecająca używka. — Dawniejsze badania strawności kakao nie dawały jednolitych wyników co do stopnia wyzyskania kakao w ludzkim przewodzie pokarmowym. — W swoich badaniach starał się N. zbadać doświadczalnie na sobie w 2 szeregach doświadczeń wpływ ilości spożytego kakao, zawartego w niem białka, tłuszczu i łupek kakaowych na pokarm spożyty wraz z kakao, jego wyzyskanie i przyswojenie, nadto wpływ rozmaitych gatunków handlowych kakao, zawierających rozmaite ilości białka i tłuszczu. Wyniki tej żmudnej pracy streścić można w następujących zdaniach: Zastąpienie odpowiedniej ilości dziennego pokarmu zwykłego większą ilością (100 gr.) kakao zmniejsza wybitnie jego wyzyskanie ogólne, wessanie tłuszczu (z 95% na 89%) i wyzyskanie białka pokarmu. Wydzielanie azotu i zmniejszenie wyzyskania tłuszczu, a tem samem i wyzyskanie pokarmu uwydatniają się wybitniej przy żywieniu się bardziej odtłuszczonem kakao. Wpływ ten uwydatnia się mniej wyraźnie przy spożyciu mniejszych ilości kakao. Twierdzenie Ferstera, jakoby obecność białka mlecznego w pokarmie sprzyjała lepszemu wyzyskaniu pokarmu, zawierającego kakao, jest błędnem. — Wyzyskanie białka, a szczególnie tłuszczu zawartego w kakao, odbywa się o wiele gorzej przy spożyciu gatunków silnie odtłuszczonych. Tłuszcz kakaowy, spożyty w stanie czystym, wyzyskuje ustrój na równi (94,7%) z innymi tłuszczami (zwierzęcymi). — Spożywanie większych ilości kakao, zwłaszcza bardzo odtłuszczonego, wywołuje przyspieszenie tętna, poty, bladość twarzy, bóle w skroni i potylicy — objawy zatrucia teobrominą. — Zdolność wytwarzania jednolitej zawiesiny posiadają i zachowują przez czas dłuższy nawet po oziębieniu gatunki kakao, zawierające więcej tłuszczu. Wpływ kakao osłabiający lub pobudzający ruch robaczkowy jelit zależy od indywidualności spożywającego go, podobnie jak i przy spożywaniu mleka. *L. Bier.*

Kraemer. **O rozpowszechnieniu się gruźlicy u ludzi na podstawie wyników sekcyjnych i szczepień tuberkuliną.** (*Zeitschr. f. Hyg.* T. 50). K. zbija w swej pracy bardzo rozpowszechnione przypuszczenie, że każdy dorosły człowiek conajmniej raz w życiu zakażany jest gruźlicą, jakoteż i to, że „każdy choć troszkę jest gruźliczym", opierając twierdzenia swe na krytycznem zbadaniu materyałów, na których oparto takie twierdzenia. Liczbom Naegelego, opartym na badaniach sekcyjnych (z 284 dorosłych u 98% zmiany gruźlicze), Lubarscha (u dorosłych gruźlica w 88,4%), Burkhardta (na 1292—91%) przeciwstawia K. liczby Hellera (na 7683 sekcyonowanych tylko 35%), i Ortha (na 1087—27% gruźliczych). Wielkie szpitale, z których czerpią materyał sekcyjny zakłady patologiczne, zapełniają najuboższe warstwy ludności w wieku średnim, przeto materyał gruźliczy, zwłaszcza w okolicach bardzo przemysłowych. Stąd to pochodzi wielka częstość gruźlicy w statystykach Naegelego (Zurych) i Burkhardta (Drezno), tembardziej, że materyał ich składał się przeważnie z tkaczy, wśród których gruźlica jest chorobą zawodową. „Utajone nieczynne" zmiany gruźlicze (zagęszczenie bliznowate szczytów, blizny włókniste płuc po zapaleniu opłucnej, ogniska zwapniałe), stanowiące w statystykach Naegelego i Burkhardta 64% zmian zaliczonych do gruźlicy, pominięte u Hellera i Ortha, w znacznej części stanowią o różnicy wyników statystyki. Dowodów gruźliczej przyrody takich zmian z bardzo nielicznymi wyjątkami nie dostarczyli Naegeli i Burkhardt ani badaniem mikroskopowem, ani doświadczeniami na zwierzętach, wobec czego odnieśćby je można także do promienicy, pylicy, kiły lub grypy. W końcu statystyka Naegelego, Burkhardta i Lubarscha, stwierdzająca wyleczenie gruźlicy w 1/2 do 2/3 przypadków gruźlicy wogóle, stoi w wielkiej sprzeczności z doświadczeniem sanatoryów dla gru-

gruźliczych. Równie jak dat Naegelego, Lubarscha i t. d. nie można uogólniać i liczb, osiągniętych przez Franza przy szczepieniu tuberkuliną 400 rekrutów bośniackich (61% oddziaływało), gdyż wśród ludności, z której badani pochodzili, jak zdawna stwierdzono, gruźlica bardzo była rozpowszechnioną, a i sam sposób szczepienia i z jego wyniku wysnute wnioski, liczne przedstawiają braki. — Dotychczasowe badania nad rozpowszechnieniem się gruźlicy zanadto są nieliczne, mają znaczenie miejscowe i nie przekonywują bezwzględnie o gruźliczej przyrodzie napotkanych zmian — sprawa stopnia rozpowszechniania się gruźlicy pośród ludzi nie jest przeto dotychczas rozstrzygniętą. *L. Bier.*

Kirstein. **Żywotność prątków gruźliczych na lotnych pyłkach.** (*Zeits. f. Hygiene.* Tom 50). W suchym kurzu sal szpitalnych i mieszkań suchotników znajdował Cornet w 17, 43 aż do 47% prób prątki gruźlicze; Heymann, badając kurz lotny z takichże miejsc, stwierdzał prątki te tylko w 8% prób, zaś Gotschlich otrzymywal wyniki ujemne. W przypuszczeniu, że rodzaj kurzu wpływa na żywotność zawartych w nim prątków gruźliczych, wykonał N. w pracowni Flüggego szereg doświadczeń z 4 gatunkami pyłu: pyłem z aktów, ponad którymi rozpylono plwociną gruźliczą, z delikatnym pyłem zmieszanym z piaskiem kruszcowym, z pyłem przyschłym na włochatych materyałach odzieży i z pyłem ulicznym, które mieszano z plwociną gruźliczą. Pyły te przechowywano przy dziennem świetle rozproszonem i poruszano od czasu do czasu takimi prądami powietrza, jakie bywają w zacisznych pokojach (3—4 mm. na sekundę), a żywotność zawartych w nich bakteryi oznaczano doświadczalnie na zwierzętach. Kurz z aktów jest najkorzystniejszym dla gruźlicy, przechowując żywotne zarazki jeszcze po 8 dniach, (po 14 dniach już ich nie znaleziono); drobny kurz z piaskiem zachowywał zarazki jeszcze po 4 dniach (już nie po 7 dniach), pył ubrań po 5 dniach, kurz uliczny po 3 dniach (znikały zaś po 8 dniach). Jakkolwiek przypuścić trzeba, że żywotność prątków gruźliczych na kurzu przestrzeni ciemnych się przedłuża, to jednak doświadczenia te stwierdzają, że żywotność ich w lotnych pyłach jest wogóle bardzo ograniczoną i stosunkowo najdłuższą w razie rozpryskiwania wydzieliny gruźliczej w postaci drobniutkich baniek. Odkażenie zakażonego gruźlicą kurzu K. osiągał formaliną w ciągu 7 godzin przy użyciu 5 gr. formaliny na 1 cm³ przestrzeni odkażanej, w 3½ godz. przy 33 gr., w 2 godz. przy 53 gr. formaliny, w przyrządzie Flüggego odpowiednio rozcieńczonej.

L. Bier.

Listy ze zjazdu higienicznego w Augsburgu.

Przesłał

Dr Leonard Bier.

II.

Następny dzień zjazdu rozpoczął się wykładem R. Lenhoffa z Berlina p. t. **Leśne stacye wypoczynkowe i stacye dla ozdrowieńców** (Walderholungsstätte u. Genesungsheime); sprawa ta w Niemczech w czasie ostatnim już znacznie postąpiła, u nas zupełnie jest nieznana. Do niedawna powstawały stacye dla ozdrowieńców jedynie dzięki dobroczynności prywatnej, tu i ówdzie utworzone przez zarządy miejskie. Wzmagającemu się zapotrzebowaniu w tym kierunku nie mogły jednak nadal wydołać te czynniki i zwolna przyjmowały ciężar ten na siebie instytucye społeczne, zajmujące się ubezpieczeniem klas pracujących. Kasy chorych niemieckie nabierały przekonania, że działalność swą rozwiną znakomicie i uczynią wydatniejszą, zwracając większą niż dotychczas uwagę na ozdrowieńców, rozumując, że zadanie ubezpieczenia na wypadek choroby nie powinno ograniczyć się tylko do usunięcia bezpośrednich następstw choroby, lecz ma obejmować zarazem ile możności szybkie przywrócenie choremu zdolności do pracy, oraz zabezpieczenie go od szkody przy ponownem jej podjęciu, — czyli, że obok dostarczenia odpowiedniej opieki w czasie choroby, powinny się zająć odpowiedniem pokierowaniem okresu ozdrawiania. Do zadań tych przybyło jeszcze inne: potrzeba stworzenia zakładów, któreby przyjmowały chorych na lżejsze cierpienia przewlekłe, nie nadające się do leczenia szpitalnego, nadto zakładów, których celem zapobiegać pogorszeniu się choroby i grożącej niezdolności do pracy. Wprawdzie wogóle Kasy chorych dają swoim członkom, nie leczącym się w szpitalach, zapomogi celem pobytu na świeżem powietrzu lub w miejscowościach kąpielowych, pobyt taki nie dorównuje jednak umieszczeniu chorych i ozdrowieńców w zakładzie, gdzie z każdym chorym postępuje się indywidualnie. Stosownie do rodzaju choroby zalecić należy stacyę dla ozdrowieńców lub leśną stacyę wypoczynkową (Walderholungsstätte), które różnią się od siebie stosownie do swego zadania; urządzenie stacyi leśnych jest prostsze, a opieka nad chorymi jest tylko dzienna. Głównym motywem tworzenia stacyi wypoczynkowych była niemożność przeprowadzenia zasadniczych zmian higienicznych w mieszkaniach chorych kasowych. Chorzy dotknięci gruźlicą przewlekłą, neurastenią, niedokrwistością, niezdolni do pracy, nie zmuszeni do leżenia w łóżku, szukają świeżego powietrza w parkach i ogrodach miejskich lub poza miastem nieraz zdala od swego mieszkania, stąd trudność zaopatrzenia się w odpowiednią i zdrową żywność, — w razie niepogody o schronienie. Potrzebie tej zadosyć uczynią owe stacye leśne, z których na noc wracają chorzy do domu. Pierwsze z tych stacyi, urządzone w okolicy Berlina w lesie skarbu państwowego, posiadały baraki dostarczane przez stowarzyszenie czerwonego krzyża, z kuchniami do odgrzewania przyniesionego posiłku południowego, wydawały obiady za nader nizką cenę (20 fen.), kasy zaś chorych płaciły nadto swym członkom koszt podróży codziennej kolejami podmiejskiemi do stacyi i domu, oraz dostarczały im za darmo mleka. Obecnie dostarczają stacye te oprócz ciepłego obiadu,— śniadania i kolacyi, przez co przetrzymują chorych jak najdłużej poza miastem.

Sprawozdawca opisuje stacye dla mężczyzn, kobiet i dzieci. W stacyi dla dorosłych pełni czynność lekarską lekarz instytucyi utrzymującej stacyę, w stacyach dla dzieci, wymagających wogóle lepszego nadzoru i opieki, konieczną jest stała opieka lekarska na miejscu. W stacyach dla dzieci, położonych pod Berlinem, przydziela się dzieciom kawałek gruntu do obrabiania; — nie ma potrzeby omawiać bliżej, jak dodatni wpływ wywiera to na dzieci. By zachęcić kobiety zamężne do korzystania ze stacyi, pozwala się im zabierać ze sobą drobne dzieci na stacyę. Koszt całodziennego utrzymania jednej osoby w stacyach pod Berlinem wynosi 50 fenigów, w czem już mieści się utrzymanie służby i siostry dozorującej. Wyjaśnia dalej L. budowę baraków, urządzenie ich wewnętrzne, specyalne urządzenia dla chorych, rodzaj oraz ilość potrzebnej służby, rodzaj ułatwień kolejowych dodając, że koszt urządzenia takiej stacyi, mogącej służyć również w zimie dla 150 pacyentów, wynosi bez wewnętrznego urządzenia i gruntu 12—15 tysięcy marek. Zasadą jest jak największa prostota urządzenia, nie upośledzająca jednak celu, któremu stacya służy. Wobec tego, że stacye takie służyć mają chorym z najbliższego miasta, tworzenie ich należy w pierwszej linii do zarządów miejskich i zakładów ubezpieczeń, w dalszej linii do kas chorych, przedsiębiorstw przemysłowych, oraz stowarzyszeń humanitarnych i religijnych. — W dyskusyi przedstawiali rozmaici mowcy rodzaj urządzenia stacyi leśnych w rozmaitych częściach Niemiec, podając cenę ich urządzenia, oraz kosztów utrzymania, nadto osiągnięte wyniki lekarskie i godząc się ze sprawozdawcą co do nizkiej ceny kosztów założenia i utrzymania stacyi, oraz znakomitych wyników dla chorych.

Dalszym przedmiotem obrad była **sprawa zwalczania kurzu w domu i na ulicy,** sprawozdawcami zaś jej prof. Heim i budowniczy Nier. Zdaniem Heima przecenia się wogóle szkodliwy wpływ kurzu. Inne znaczenie ma pył domowy i fabryczny, a inne kurz uliczny. Bezpośrednio szkodliwym jest wpływ kurzu, działającego na podstawie własności fizycznych lub chemicznych, pośrednio wpływa pył ujemnie, bądź jako przenośnik zarazków, bądź wywołując skłonność do nieżytów dróg oddechowych; bezpośredniego wpływu ujemnego kurzu ulicznego nie można było zauważyć wśród wojska, odbywającego długie marsze po drogach w lecie, ani wśród zamiataczy publicznych. Przez zawartość odpadków i wydalin staje się kurz wstrętnym, bezpośrednio zaś szkodliwym kurz, zanieczyszczony wydalinami człowieka lub zwierzęcia chorego. Z tego też względu jednym z najważniejszych środków, służących do zwalczania szkodliwości kurzu, jest jak najrychlejsze i nieszkodliwe usuwanie wydalin osób chorych. Starania o dobre mieszkania, czystość mieszkań, oraz czystość przestrzeni, gdzie jest znaczny ruch, oto najważniejsze czynniki, zapobiegające zakażeniu kurzu. Zaznaczywszy szerzej, skąd bierze się w mieszkaniu kurz zakażony, podnosi H. w końcu swego przemówienia, że jednym z najważniejszych środków zwalczania ujemnego wpływu kurzu w mieszkaniu jest lepsze pouczenie ludności o istocie kurzu, ile możności już w szkole. Tłumienia kurzu, możliwie najdokładniejszego tak na ulicy, jak i w mieszkaniu, należy się domagać nie tylko ze względów higienicznych i ruchu na ulicach, ale i ze względów ekonomicznych, czystości i wygody.

Nier zaznacza na wstępie, że całkowicie zapobiedz kurzowi na ulicach niepodobna, jedynie tylko można ograniczyć jego tworzenie się. Wzmożenie się ruchu samochodowego, usunięcie z ulic znacznej ilości koni, a wraz z tem i ich wydalin,

wybitnie zmniejsza stopień zanieczyszczenia ulic, a tem samem i wstrętnego kurzu. Sprawa zwalczania kurzu jest w znacznej mierze sprawą finansową, a rozwiązanie jej jest trudne, jeżeli wynik ma się stosować do zrobionego wkładu; drogi polne możnaby prawie całkowicie pozbawić kurzu — asfaltowaniem. Celem skutecznego tępienia kurzu należy poznać przyczyny powstawania jego i warunki utrzymywania się. N. opisuje gatunki kurzu, źródło ich powstawania na ulicach, oraz skład, a w końcu przechodzi do środków jego zwalczania, które w 3 zmierzają kierunkach: staranny wybór materyałów, użytych do budowy drogi, skrupulatne czyszczenie ulic i dostateczne ich skrapianie. Należy unikać do budowy dróg materyałów ścierających się łatwo i nierównomiernie, wysypywania dróg szutrem i żwirem, a przedewszystkiem używać materyałów tworzących przy spajaniu małe szpary — takie drogi można łatwo czyścić i myć. Utrzymanie czystości dróg ma znaczenie pierwszorzędne. Ze środków, zalecanych do skrapiania dróg, olej i smoła nie dały wyników bez zarzutu; potrzeba w tym kierunku jeszcze doświadczeń na wielką skalę. Czyszczenie ulic powinno odbywać się jak najczęściej — codziennie, bez wytwarzania kurzu, zalecenia godne są w tym celu nowsze systemy maszyn. Dla plujących należy na ulicach umieszczać odpowiednie spluwaczki, na papiery i inne odpadki kosze. Skrapianiem ulic należy dążyć do związania kurzu i oczyszczenia oraz odświeżenia powietrza, zwłaszcza w porze letniej — nadaje się do tego jedynie woda świeża i czysta. Skrapianiem należy zapobiegać tworzeniu się kurzu. Siłę i sposób skrapiania należy stosować tak, by nie powstawał ani kurz ani błoto; lepiej skrapiać często i małemi ilościami wody. Kurzowi w mieszkaniu zapobiega tłumienie go na ulicach. Napuszczanie podłóg olejami zapobiega skutecznie tworzeniu się kurzu, nie usuwa jednak konieczności innych sposobów oczyszczania. Zalecenia godne są wszelkie sposoby, które umożliwiają usuwanie kurzu z mieszkań bez unoszenia się jego w powietrze.

Jak sprawa mleka tak i sprawa mieszkań nie schodzi z porządku dziennego obrad niemieckiego towarzystwa higienicznego. I w tym roku poświęcono jej wiele czasu, bo trzeci dzień obrad. Przemawiał budowniczy rządowy i pomocnik burmistrza w Trewirze Schilling na temat: **Czego żądać należy jako minimum od mieszkań, szczególnie od przeznaczonych dla ludności ubogiej.** Sprawozdanie to, jakkolwiek opracowane gruntownie i wyczerpująco, nie znalazło jednak uznania u wielu mowców, zabierających głos w dyskusyi. Szczególnie zaś ostro wystąpili przeciw wielu żądaniom Schillinga Gaertner, Prausnitz, a nawet dawny jego nauczyciel, bardzo zasłużony na polu higieny mieszkań w Niemczech Stübben, oraz przedstawiciel Towarzystwa właścicieli domów architekt Hartwig z Drezna; wszyscy stwierdzili znaczne cofnięcie się sprawozdawcy w żądaniach, które na poprzednich zebraniach Towarzystwa uznano za niezbędne i możliwe do przeprowadzenia. Z tego też powodu nie streszczam tego sprawozdania.

W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego.

II.

Wydział krajowy galicyjski wydał i rozesłał świeżo okólnik w sprawie przyjmowania i leczenia chorych w szpitalach galicyjskich. Brzmi on, jak następuje:

»Wydz. kraj. L. 90,618. Okólnik do pp. lekarzy w szpitalach publicznych. Posada szpitalna, dając lekarzowi prócz płacy, podstawę naukową, sposobność do wykształcenia się w zawodzie i moralne oparcie, zapewnia mu tem samem pomyślne warunki do rozwinięcia praktyki prywatnej i zajęcia poważnego stanowiska społecznego. Są to korzyści, których nie można przeoczyć i które są zupełnie słuszne. Natomiast wszelkie inne wyzyskiwanie stanowiska szpitalnego w jakiejbądź formie poza pobieraną płacą, nie licuje z godnością lekarza, który przedewszystkiem ma dbać o dobro zakładu, do którego należy; o ile zaś dzieje się to na koszt chorych, narusza zarazem i humanitarną zasadę bezpłatności szpitala, która opiera się na tem, że taksa, pobierana od stron lub od funduszu krajowego, ma w zupełności pokrywać całe utrzymanie i leczenie chorego.

Ponieważ w jednym i drugim kierunku zdarzają się nieprawidłowości, dające powód do zażaleń i niepochlebnych uwag, okazało się potrzebnem przypomnieć lekarzom istniejące przepisy i z naciskiem zalecić im pilne i ścisłe przestrzeganie tego wszystkiego, co nadaje szpitalowi w oczach ludności cechę instytucyi humanitarnej, wyłącznie publicznemu dobru służącej i oddanej, dla ubogich zupełnie bezpłatnej, a w żadnym wypadku nie żądającej nic więcej, prócz zwrotu własnych kosztów szpitala.

Wskazaną jest przedewszystkiem oszczędność w całej gospodarce szpitalnej i poszanowanie wszystkiego, co jest własnością szpitala, względnie do jego majątku należy. Im mniejsze bowiem są wydatki na cele ogólne szpitala, których chory bezpośrednio nie odczuwa, tem znaczniejsza część taksy może być obrócona na świadczenia, które wprost wpływają na poprawienie utrzymania i zaopatrzenia chorych. Z tego powodu ani z zapasów i opatrunków, ani z inwentarza nie powinien ani w szpitalu, ani poza szpitalem korzystać nikt inny, prócz chorych szpitalnych lub tych osób z personalu, którym Wydział krajowy prawo korzystania z czegokolwiek w szpitalu przyznał. Nieprzestrzeganie tej zasady uważać będzie Wydział krajowy za wykroczenie, krzywdzące chorych, a prócz tego demoralizujące służbę zakładową.

W sprawie przyjmowania chorych do szpitala wkradł się w niektórych miejscach zwyczaj, że chorzy przyjmowani są w szpitalu tylko w pewnych wyznaczonych na ten cel godzinach przedpołudniowych. Chorzy, którzy poza temi godzinami zgłaszają się do przyjęcia, muszą się udać do prywatnego mieszkania lekarza, są przez niego wówczas uważani za prywatnych chorych i za czynność przyjęcia muszą się opłacać, niejednokrotnie nawet wysoko. Zwyczaj ten w pewnych razach, np. jeżeli chory spóźni się na urzędową godzinę, a nie może czekać do dnia następnego, przeradza się w ciężki dla ubogiej ludności przymus okupywania sobie przyjęcia do szpitala. Doszedł do wiadomości Wydziału krajowego nawet fakt taki, że w pewnym szpitalu chorzy z reguły tylko w prywatnem mieszkaniu lekarza do szpitala przyjmowani byli. Pamiętać więc należy, że szpital z natury swej jest w dzień i w nocy dla cierpiących otwarty, a przyjęcie chorych powinno być o ile możności ułatwione, że więc w przypadkach niepodejrzanych przyjąć chorego zgłaszającego się mogą siostry zakonne, a przynajmniej mogą go zatrzymać w szpitalu aż do przybycia lekarza i że wogóle za czynność przyjęcia do szpitala nikt niema prawa pobierać jakiejbądź opłaty. Wobec tego więc, wszelki przymus, aby chory przed przyjęciem do szpitala szedł do prywatnego mieszkania lekarza, upozorowany nieurzędową godziną lub potrzebą poprzedniego dokładnego zbadania, powinien być raz na zawsze zaniechany. Zresztą regularna wizyta lekarska nietylko rano, ale i popołudniu, usuwa wszelkie trudności co do przyjmowania chorych. O ile chory zgłasza się w czasie, gdy lekarza niema w szpitalu, może go siostra aż do przyjścia lekarza zatrzymać, a w razach wymagających natychmiastowej pomocy lekarza zawezwać. Również w czasie pobytu chorego w szpitalu lekarz bezwarunkowo pod żadnym pozorem nie może ani od chorego, ani od jego rodziny żądać jakiegobądź wynagrodzenia za swoje czynności z leczeniem tego chorego połączone, ani też takiego wynagrodzenia przyjąć.

Leczenie w szpitalu chorych ambulatoryjnych nie jest właściwem przeznaczeniem szpitala, weszło jednak w zwyczaj w wielu zakładach bądźto w interesie lekarzy, bądź też celem niesienia pomocy ubogiej ludności. Zauważyć należy, że ten ostatni wzgląd coraz rzadziej dostatecznie uzasadnia potrzebę istnienia ambulatoryum wobec instytucyi lekarzy okręgowych, kas chorych, urzędów sanitarnych miejskich, przepisów dla służbodawców i t. p., i dziś każdy niemal ubogi ma ustawowo zapewnioną bezpłatną pomoc ambulatoryjną lub domową, o ile mu zaś ta nie wystarcza, może być każdej chwili przyjęty do leczenia szpitalnego. Tak więc potrzeba ambulatoryów szpitalnych jest pod względem humanitarnym dość wątpliwa, samo zaś ambulatoryum przedstawia wiele stron ujemnych, a nawet dla szpitala szkodliwych, których problematyczna moralność puszki szpitalnej wcale nie znosi. I tak lekarz, który przy swej praktyce prywatnej pewną tylko część dnia może poświęcić szpitalowi, traci czas i siły w tej właśnie porze na ambulatoryum, czyniąc tem krzywdę chorym szpitalnym, a więc właśnie tym, dla których szpital istnieje; równocześnie i zakonnice i służba, zajęta przy obsługiwaniu ambulatoryum, zaniedbuje swoje obowiązkowe zajęcia. Ambulatoryum nadto łączy się niezbędnie z opatrunkami z użyciem płynów przeciwgnilnych, dyspensacyą maści i leków podręcznych, co dzieje się na koszt szpitala, odszkodowanie zaś niezawsze jest możebne, a zawsze trudne do ścisłego oznaczenia, tak, że otrzymują chorzy bezpłatnie leki i opatrunki, choć wcale ubogimi nie są. Wogóle ambulatoryum służy najczęściej za tanie źródło pomocy dla tych klas, którym ta pomoc tania ze względu na ich stan majątkowy nie jest potrzebna, a przez to stanowi niezdrowy czynnik konkurencyjny, bardzo szkodliwy dla

miejscowych nieszpitalnych lekarzy, którzy pozbawieni bezpłatnej usługi, bezpłatnego lokalu z narzędziami, opatrunkami i całem urządzeniem, nie mogą z takiem szpitalnem ambulatoryum współzawodniczyć co do wynagrodzenia za swe czynności. Daje to tylko powód do skarg i usprawiedliwionego rozgoryczenia. Są to wszystko dostateczne powody, by ambulatorya zostały usunięte ze szpitali. Także i korzystny pozornie dla funduszu krajowego zwyczaj doleczania chirurgicznych rekonwalescentów szpitalnych w ambulatoryum, małą ma realną wartość, bo chorzy zwykle zaniedbują się w domu i ze znacznem pogorszeniem powracają do szpitala, tak, że ilość dni leczenia chorego powiększa się niepotrzebnie ze szkodą dla funduszu krajowego.

Z przytoczonych powodów Wydział krajowy ambulatorya szpitalne znosi i zabrania, by w szpitalu istniały puszki, których celem jest zachęcanie chorych do składania niedozwolonych datków. Gdyby w którym ze szpitali ambulatoryum dla pewnej kategoryi chorób było potrzebne, należy drogą urzędową przez komitet szpitalny uzyskać od Wydziału krajowego upoważnienie, które będzie udzielane tylko wyjątkowo na pewien oznaczony czas, z wykluczeniem pobierania jakichkolwiek datków i w jakiejkolwiek formie.

Oprócz zwykłego ambulatoryum zdarzają się w szpitalu przypadki, że prywatny pacyent życzy sobie za umówionem z lekarzem honoraryum, poddać się czyto mniejszej operacyi, czy instrumentalnemu, trudniejszemu badaniu, które z praktycznych względów odbyć się ma w szpitalu, a nie wymaga pozostania w opiece szpitalnej. W takich przypadkach chory powinien zapisać się sam lub za pośrednictwem lekarza do szpitala, jako samopłacący, na czas choćby najkrótszy, na II klasę, by w ten sposób pokryte zostały wydatki szpitala na opatrunki, lub zużycie materyałów i narzędzi, a zarazem, by pozostał w księgach ślad dokonanych czynności.

Uważając za potrzebną rzecz zwrócenie uwagi lekarzy na przytoczone powyżej postulaty etyki szpitalnej, Wydział krajowy wzywa PP. lekarzy, by się do wytkniętych w okólniku zasad ściśle zastosowali, co też niewątpliwie wpłynie na podniesienie się szpitali powszechnych, jako zakładów humanitarnych. Lwów, dnia 28 września 1906. Wydział krajowy królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem. Marszałek krajowy: *Badeni*. Członek Wydziału krajowego: *Onyszkiewicz*«.

Okólnik ten ogłosiło 27 października 1906 równocześnie i dosłownie kilka dzienników politycznych we Lwowie i w Krakowie, dodając tylko następującą np. uwagę:

»Okólnik ten, wystosowany do wszystkich lekarzy w publicznych szpitalach prowincyonalnych, posiada cechę wielkiej stanowczości i dlatego powitać go należy z uznaniem. Wydział krajowy postanowił z gruntu wykorzenić wszelkie niewłaściwości, jakie tu i ówdzie się wydarzały, a tem samem podnieść poziom szpitali do tego znaczenia, jakie w rzędzie instytucyi humanitarnych słusznie im się należy«.

Równobrzmiący z okólnikiem Wydziału krajowego i równoczesny komunikat w dziennikach krajowych budzić musi uzasadnione przypuszczenie, że dostał się on do prasy codziennej nie bez wiedzy Wydziału krajowego. Otóż, nie poruszając zupełnie merytorycznej strony okólnika Wydziału krajowego, musimy wyrazić conajmniej zdziwienie, że w ten sposób podano wbrew zwyczajowi do wiadomości szerokiego ogółu nietylko te zarządzenia, które ogół ten obchodzić mogą, ale i te, które odnoszą się do wewnętrznych spraw szpitalnych i bywały zazwyczaj osłaniane tajemnicą urzędową, oraz motywa, skłaniające Wydział krajowy do tych zarządzeń. Nie przeczymy, że przytoczone w motywach tych nadużycia niektórych lekarzy, są smutnymi, ale prawdziwymi faktami, dokładnie przez Wydział krajowy stwierdzonymi, które nietylko można, ale powinno się stawić pod pręgierz opinii i należycie napiętnować, za czem sami się oświadczaliśmy. Ale fakta te, wyjątkowe, w okólniku zestawiono w taki sposób, że nawet nieuprzedzeni, a światli i krytyczni czytelnicy ze świata nielekarskiego, jak to wielokrotnie już sprawdziliśmy, tak rzecz zrozumieli, jakoby nadużycia takie były zjawiskiem powszechnem i codziennem we wszystkich szpitalach galicyjskich. Wrażenia tego nie osłabiła w niczem dodana w niewielu miejscach uwaga, że te »nieprawidłowości« »wydarzają się« w »niektórych« szpitalach, »tu i owdzie«, ale przeciwnie, jeszcze spotęgowała ciemne barwy, jakimi zbyt jednostronnie maluje okólnik obraz stosunków szpitalnych. Tem gorsze wrażenie wywrzeć musiała taka forma okólnika na szerokie, bezkrytyczne masy czytelników prasy codziennej, nietylko obniżając opinię o lekarzach wogóle, ale także osłabiając zaufanie do szpitali.

W ten sposób motywa, przytoczone w okólniku, zrozumiane zostały przez ogół, jako ciężkie oskarżenie wszystkich lekarzy szpitalnych, wniesione przez Wydział krajowy przed sąd społeczeństwa. Zbyt generalizując wyjątkowe nadużycia, potępiono w czambuł złych i dobrych, uczciwych i nieuczciwych i wyrządzono niepowetowaną krzywdę zarówno tej olbrzymiej większości lekarzy szpitalnych, która uczciwie, ofiarnie i z poświęceniem pracuje w służbie krajowej, jak i całemu stanowi lekarskiemu.

Forma, w jaką ujęto okólnik Wydziału krajowego i w jakiej on dostał się do wiadomości publicznej, tak różna od komunikatów w innych sprawach publicznych, dotyka boleśnie wszystkich lekarzy w kraju i wzbudzić musi słuszne, a głębokie ich oburzenie.

Władza ma moc i środki po temu, by ukrócić nadużycia i ukarać wykroczenia podwładnych sobie poszczególnych jednostek. Uczynić to mógł i powinien był Wydział krajowy, któremu nadużycia, nie od dzisiaj popełniane przez takie jednostki, nie od dzisiaj też były znane. Ale najsłuszniejszych choćby i najlepszych zarządzeń nie powinno się ogłaszać publicznie w formie, zanadto generalizującej przypadki nadużyć, rzucającej niezasłużoną plamę na cały personal szpitalny w kraju i będącej ciężką ujmą dla tej części lekarzy szpitalnych, której postępowanie jest czyste, gdyż to, mogąc obniżyć zaufanie publiczne do szpitali, szkodzi zarazem samejże instytucyi.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie biernego oporu lekarzy dolno-austryackich wnieśli w parlamencie austryackim 24 paźdz. b. r. interpelacye posłowie dr Kindermann, Buchmüller, Malik i Opydo, oraz poseł Wolf, żądając, by rząd zakończył sprawę przez uwzględnienie uzasadnionych żądań lekarzy. Interpelacya ta pozostała dotąd bez odpowiedzi.

Śmiertelność w Warszawie obniżyła się, według »Prac warszawskiego komitetu statystycznego« w ostatnich 15 latach z 30‰, na 26,8‰, co przypisać należy kanalizacyi i wodociągom.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 21 do 27 października 1906 doniesiono o 11 nowych przypadkach duru plamistego w 6 gminach, a mianowicie w pow. Brzeżany (Kozłów 1), Jarosław (Dobcza 1, Pawłowa 1), Jaworów (Jazów stary 5, Zawadów 2), Zaleszczyki (Beremiany 1). *T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. W czasie od 14/X do 20/X b. r. zgłoszono przypadków: błonicy 10 (obcych 1), krztuśca 1 (—), ospy — (—), płonicy 10 (—), odry 32 (1), duru brzusznego 1 (2), czerwonki — (—), gorączki połogowej —; w tymże czasie zmarło: z błonicy 1, z duru brzusznego 1 (1), z czerwonki 1.

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 14 a 20/X b. r. urodziło się dzieci żywo 57, nieżywo 3; zmarło osób 45 (obcych 14); z tego z gruźlicy 10 (4), zapalenia płuc 6 (1), błonicy 3 (2), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy 4 (4), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 1 (1), czerwonki — (—), cholery niemowląt 1 (—), gorączki połogowej 1 (—).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 31/X 1906 posiedzenie, na którem prym. Borzęcki przedstawił przypadek samoistnej słoniowacizny jednej kończyny dolnej i przypadek t. zw. »meatus paraurethralis«, doc. Gliński przedstawił okaz wrodzonej niedrożności dwunastnicy z trzustką dodatkową w żołądku i okaz mnogiego nowotworu barwikowego u 70-letniej kobiety bez wykazalnego punktu wyjścia, poczem prof. Rosner miał wykład »W sprawie techniki myomotomii drogą brzuszną«. W dyskusyi przemawiali dr Bogdanik, Dobrowolski, Piotrowski, Wojciechowski.

— Wydział lekarski nadał »veniam legendi« z zakresu medycyny wewnętrznej dr Józefowi Latkowskiemu i dr Erwinowi Męsowiczowi.

— W sprawie budowy kliniki chorób nerwowych i umysłowych w Krakowie dowiadujemy się, że Ministerstwo oświaty postanowiło, przyjmując jednorazowe przyczynienie się Sejmu krajowego w kwocie 50.000 koron, wybudować klinikę chorób nerwowych i umysłowych w Krakowie własnym kosztem na gruncie, ofiarowanym przez Wydział krajowy i przyjąć ją we własną administracyę, jako piątą klinikę c. k. instytutu klinicznego. W ten sposób pertraktacye w tej sprawie pomiędzy rządem a Wydziałem krajowym, rozpoczęte 13 czerwca 1892 r., zostały ostatecznie pomyślnie ukończone. Tak pomyślne zakończenie tej ważnej sprawy zawdzięczać należy przedewszystkiem życzliwości rozstrzygających sfer rządowych.

Powstanie kliniki chorób nerwowych i umysłowych ma doniosłe znaczenie nietylko dla uniwersytetu, ale i dla miasta. Uniwersytet Jagielloński zdobędzie pierwszorzędnej wagi placówkę naukową, niezbędną dla prawidłowego i całkowitego przygotowania słuchaczów medycyny do ich przyszłego zawodu; miasto zaś zyska nową instytucyę szpitalną, która nietylko będzie oddawać wielkie usługi ludności miejscowej, ale także będzie przyciągać do Krakowa lekarzy i leczących się zamiejscowych, co niewątpliwie wyjdzie także na korzyść miasta.

Budowa tej kliniki mogłaby się niebawem rozpocząć, gdyby nie ta okoliczność, że grunt, na ten cel przez Wydział krajowy ofiarowany, — część ogrodu szpitala św. Łazarza, — pod budowę tego rodzaju kliniki zupełnie się nie nadaje.

Ponieważ Wydział krajowy innych gruntów w obrębie miasta Krakowa nie posiada, przeto Uniwersytet Jagielloński, nie widząc żadnej innej drogi wyjścia, a znając gotowość Rady miejskiej do popierania wszystkiego tego, czego wymaga dobro wszechnicy i pożytek miasta, zwrócił się do Rady miejskiej z usilną prośbą o odstąpienie pod budowę kliniki chorób nerwowych i umysłowych odpowiedniego placu z gruntów miejskich. A wobec tego, że według zasięgniętych w tym względzie informacyi, Wydział krajowy gotów byłby oddać gminie miasta Krakowa część gruntu szpitala św. Łazarza, gdyby gmina odstąpiła potrzebny grunt pod budowę tej kliniki, nie wątpimy, że i ten, dziś jedyny jeszcze szkopuł, jaki stoi na przeszkodzie rychłemu powstaniu tej dla Krakowa tak niezbędnej instytucyi, zostanie, ku pożytkowi kraju, miasta, uniwersytetu i cierpiącej ludzkości, wkrótce usunięty.

— Służba sanitarna miejska w Krakowie będzie wkrótce zreorganizowaną. Podkomitet sanitarny miejski opracował już bowiem projekt (referent dr Schaitter) reorganizacyi i regulaminu dla lekarzy miejskich, którzy mają w przyszłości spełniać także obowiązki lekarzy szkolnych, a których obecna szczupła liczba gwałtownie wymaga pomnożenia. Władze miejskie zajęły się również sprawą zwalczania gruźlicy, nad czem rozpoczęła obrady komisya, do której należą wszyscy lekarze miejscy, a której przewodniczy prof. Domański. Po obradach wstępnych postanowiono zająć się pouczeniem szerokich warstw społeczeństwa o istocie i drogach szerzenia się gruźlicy, zająć się sprawą szerzenia się gruźlicy drogą pokarmów (referent prof. J. Nowak), sprawą odosobnienia chorych, donoszenia o przypadkach gruźlicy władzom sanitarnym i sprawą odkażania. Opracowanie tych spraw rozdzielili między siebie członkowie komisyi. Roztrząsano także sprawę budowy sanatoryum i zakładania dyspensatoryów. Osobna znów komisya miejska ma zbadać stosunki zdrowotne lokali publicznych, jak restauracyi, piwiarń itd. Wogóle w zakresie potrzeb sanitarnych miasta objawia się żywszy ruch, który oby był początkiem szerokiej, energicznej działalności na tem polu, pomimo zbudowania wodociągów, szybszego tempa kanalizacyi, poprawy bruków i budowy łaźni ludowych, rozległej jeszcze wymagającem pracy. W tych dniach otwartą zostanie pierwsza łaźnia ludowa, fundowana przez Miejską Kasę Oszczędności kosztem 40.000 K.

— W sprawie budowy zakładu dla umysłowo chorych w zachodniej części Galicyi odbyła się 24/X b. r. ankieta w Wydziale krajowym we Lwowie, na której jednomyślnie oświadczono się za zwołaniem jeszcze jednej ankiety po ukończeniu badań gruntu w Lusinie i wypracowaniu planów szczegółowych, oraz za tem, aby Wydział krajowy już teraz jaknajrychlej zamianował dyrektora przyszłego zakładu. Szczegóły ankiety podamy w numerze następnym.

— Wyszedł z pod prasy i pojawił się na półkach księgarskich dodatkowy zeszyt do dzieła »Nauka o chorobach wewnętrznych«, zawierający »Choroby krwi« pióra prof. Edwarda Korczyńskiego i dra Stanisława Szurka. Ś. p. Edward Korczyński ze szczególnem zamiłowaniem pracował w tym dziale medycyny wewnętrznej i zebrał w nim bogate doświadczenie, którego wyniki zamierzał przedstawić właśnie w opracowywanej przez siebie części zbiorowego dzieła. Jeszcze złożony ciężką ostatnią chorobą nie odłożył pióra i przy współpracownictwie dra Szurka spieszył wykończyć pracę; w ten sposób stała się ona ostatnią spuścizną niepospolitego klinicysty, ocalając od zapomnienia godne uwagi zapatrywania jego na niejedno sporne zagadnienie. Zeszytem »O chorobach krwi« zostało ostatecznie zakończone wydawnictwo pierwszego oryginalnego polskiego podręcznika, obejmującego całość medycyny wewnętrznej; samem podjęciem tego wydawnictwa i doprowadzeniem go mimo wielu przeciwności i trudności do końca zdobywa sobie prof. W. Jaworski rzetelną zasługę wobec lekarzy, uczącej się młodzieży i piśmiennictwa polskiego.

Lwów. Zamiast wieńca na trumnę śp. dra Wal. Jastrzębskiego, zmarłego w Sieniawie, złożyli członkowie Sekcyi jarosławskiej Tow. lek. gal. kwotę 146 kor. na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach. Na ten sam cel złożyli lekarze kołomyjscy na ręce dra Piaskiewicza kwotę 58 kor. 30 h. zamiast wieńca na trumnę Bronisława Witosławskiego, aptekarza, burmistrza m. Kołomyi i posła na Sejm krajowy.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył w dniu 24/X posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Przyjęto do wiadomości sprawozdanie prezydenta z posiedzenia Wydziału wykonawczego z dnia 27/IX i z Wiecu Izb, odbytego w Krakowie w dniach 16 i 17 października. Przyjęto referat w sprawie taryfy lekarskiej, proponowanej przez Sekcyę jarosławską Tow. lek. gal. Udzielono zapomogi jednemu z lekarzy z powodu choroby. Postanowiono wdrożyć śledztwo dyscyplinarne przeciw dwom lekarzom z powodu niewłaściwej reklamy. Załatwiono szereg spraw bieżących mniejszego znaczenia.

— Z przeznaczonych przez rząd na urządzenie klinik w Wiedniu, Pradze i Lwowie 5 milionów, mają być we Lwowie utworzone 4 kliniki, (z których 2 tymczasowo już puszczono w ruch), mianowicie klinika chorób krtani i uszu, chorób nerwowych i umysłowych, chorób skórnych i chorób ocznych.

— »Tygodnik lekarski« (Nr 43) wyraża nadzieję, że długo przewlekająca się mimo usilnych starań grona profesorów i pomimo osobnej rezolucyi Sejmu zeszłorocznego sprawa budowy lwowskich klinik chorób krtani i uszu, oraz nerwowych i umysłowych, jakoteż odpowiedniejszego pomieszczenia klinik chorób ocznych i skórnych, wejdzie wkrótce na nowe tory, ponieważ Wydział krajowy zdołał po długich rokowaniach zakupić w lipcu b. r. w sąsiedztwie szpitala krajowego obszerny grunt, na którym mogłyby stanąć wszystkie te kliniki.

Z różnych stron. Dr Glück, krakowianin, dyrektor i prymaryusz szpitala krajowego w Sarajewie, obchodził 23 września b. r. 25-letni jubileusz swej działalności.

— Prof. szkoły weterynarskiej w Alfort, Vallée, ogłosił świeżo ostateczne wyniki doświadczeń z bowowakcyną Behringa. Doszedł on do wniosku, że środek ten uodparnia wprawdzie bydło przed sztucznem zakażeniem gruźlicą, ale nie chroni przed zakażeniem drogami naturalnemi, albo przynajmniej nie wytwarza odporności dostatecznie stałej. (Presse méd. Nr. 83).

Mianowani: Dr. G. Pascale profesorem nadzwycz. chirurgii w Neapolu, prof. Pestalozza z Florencyi profesorem położnictwa i ginekologii w Rzymie; dr fil. Burgerstein w Wiedniu docentem higieny szkolnej;

prof. Finger w Wiedniu członkiem honorowym włoskiego Towarzystwa dermatologicznego w Rzymie.

Powołani: Prosektor Henke z Charlottenburga na katedrę anatomii patol. do Królewca

Zmarli: Dr Jan Januszkiewicz, neuropatolog, ur. 1864 w Petersburgu, — w Oranienbaumie; dr Julian Serwiński, lekarz powiatu sochaczewskiego — w Sochaczewie; dr Salomon Urich w Bóbrce w Galicyi;

dr G. Pugliatti, b. profesor fizyologii w Messynie, dr F. L. Hesse, profesor dentystyki w Lipsku, dr J. v. Holst, b. prof. położnictwa w Dorpacie.

Bibliografia.

— *Medycyna* Nr 43. Janowski (dok.). Krajewski (c. d.). Flatau i Koelichen (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr 41. Jaworski J.: O stosowaniu drożdży steryĺizowanych w ginekologii. Pawiński, Kijewski (c. d).

— *Kronika dentystyczna* Nr 4. Kozaczka: O środkach miejscowo znieczulających w dentystyce.

— *Tygodnik lekarski* Nr 43. Schneider (c. d.), Rencki (dok.).

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 9. Bukovský, Karwacki (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr 20. Biehler M., Hallé i Motz, Biehler W., Giedroyć (c. d.).

— *Časopis lekařův českých* Nr 42. Kubr: Intrauterinni tyfová nákaza plodu a vylučováni bacillů tyfových žlazou mléčnou. Honl (c. d.). Kimla (dok.). Dvořak (c. d.).

— *Russkij Wracz* Nr 40. Łarjonow: Dokładniejsza budowa i nowy sposób barwienia mózgu ludzkiego i zwierzęcego. Szujeninow: W sprawie pierwotnych zaników wątroby. Zimnicki (dok.) Nieporożnyj: W sprawie swoistej surowicy przeciwgruźliczej. Mahakjan: Zakrzep w żyle wrotnej.

— *Semaine medicale* Nr 42. Pierre Marie: Rewizya sprawy niemoty: co należy myśleć o niemotach podkorowych. — Nr 43. Vulliet: Chirurdzy, a wyrostek robaczkowy.

— *Presse medicale* Nr 83. Nattan-Larrier: Rozpoznawanie świdrowicy u rasy białej. Langlois: Odkażanie bielizny. — Nr 84. Babes: Ciałka Negriego, a pasorzyt wścieklizny. Desfosses: Walka przeciw morowi w Japonii. — Nr 85. Sollier: Chromanie przestankowe pochodzenia rdzeniowego. Labbé i Vitry: Znaczenie sulfoeterów moczowych. Martinet: Rozdział posiłków w ciągu dnia.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 43 Böhme: Próby żywienia mlekiem perhydrazowem. Rolly: Badania doświadczalne nad biologicznem zachowaniem się bakteryi w kiszce grubej. Huismans: Przypadek choroby Tay-Sachsa. Bradt: W sprawie uszkodzeń szyi. Scheib: O gojeniu się ran po przecięciu kości łonowej piłką Gigliego. Boesser: Postępowanie Helmholtza przeciw gorączce siennej. Schoengut: W sprawie leczenia ograniczonego zapalenia ucha zewnętrznego i spraw pokrewnych.

— *Münchener mediz. Wochenschrift* Nr 43. Fehling: Pubiotomia i sztuczny poród przedwczesny. Pässler: O ostrej gruźlicy jelit pod postacią ciężkiej ogólnej choroby zakaźnej. Jochmann i Ziegler: O zaczynie leukocytowym w śledzionie, gruczołach chłonnych i szpiku w białaczce i białaczce rzekomej. Tiedemann: Ostre zapalenie rogów rdzenia i nagminne zapalenie opon. Liefmann i Nieter: O czerwonce u obłąkanych. Trautmann: Rumień wysiękowy wielopostaciowy i guzkowy błony śluzowej i stosunek tych spraw do kiły. Fränkel: O leczeniu stawów rzekomych i sztucznem ich wytwarzaniu. Herz: Leczenie przewlekłych chorób serca światłem i powietrzem. Wätzold: Pęknięcie wątroby i śmiertelny krwotok wskutek pęknięcia powierzchownego tętniaka. Mennacher: Przypadek przewlekłej białaczki limfocytowej u 11-miesięcznego dziecka. Bettmann: Przenośny przyrząd do leczenia zesztywnień stawów palcowych i nadgarstkowych. Wiesner: W sprawie techniki leczenia promieniami Röntgena. Grisson: Praktyczne wnioski w sprawie higieny odzieży niewieściej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 43. Maragliano: Swoiste leczenie gruźlicy. Rautenberg: Zatrucie olejem sezamowym. Rojas: W sprawie zaniku błony śluzowej jelit. Jansen: O działaniu ciepła przy leczeniu sposobem Finsena. Posner: W sprawie cytologii ropy wiewiórowej. Halle (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 43. Wagner v. Jauregg: O matołectwie nadmorskiem. Bail: Zmiany morfologiczne bakteryi w ciele zwierząt. Picker: Badania bakteryologiczne nad dwoinką wiewiórową. Wartość sposobu Grama w rozpoznawaniu różniczkowem tej dwoinki. Alt: W sprawie operacyjnego leczenia porażeń nerwu twarzowego pochodzenia usznego. Braun-Fernwald: O szczęśliwie zakończonym przypadku nadmiaru potoku i zatoru tętnicy płucnej w 24. dniu po porodzie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się w **Domu lekarskim** (ul. Radziwiłłowska l. 4) **we środę dnia 7 listopada b. r. o godzinie 6 wieczorem.** Na porządku dziennym: 1) Zmiana umowy z Towarzystwem lekarzy galicyjskich co do „Przeglądu lekarskiego“. 2) Wykład dra Gettlicha: „O wynikach leczenia płonicy surowicą“ (z doświadczeń, wykonanych w szpitalu św. Ludwika).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pyrenol przy krztuścu jest przedmiotem pracy, którą ogłosił dr v. Oefele, z Bad Neuenahr (*Deutsche medizin. Presse* 1906, Nr 15). Działanie pyrenolu wobec krztuśca polega na wyraźnem skróceniu, złagodzeniu i mniejszej częstości napadów, jakoteż na ułatwieniu wykrztuszania, tak iż może on być uważany za środek niemal swoisty przy wszelkiego rodzaju napadowym kaszlu. Dokładne rozbiory kału dwu sióstr, chorych na krztusiec, używających tej samej dyety, z których atoli starsza otrzymywała chininę i atropinę, młodsza zaś, ciężej chora, co 3 godziny kołaczyk pyrenolowy, dowodzi, że u starszej siostry wskutek niekorzystnego wpływu leków na wydzielanie soków trawiennych, spożytkowanie pożywienia pozostawiało wiele do życzenia, natomiast trawienie u siostry młodszej, zażywającej pyrenol, odbywało się prawidłowo. I tak zawierał kał przy leczeniu pyrenolem z najważniejszego składnika pożywienia, białka, tylko jeszcze 28·37 prc., u drugiego zaś dziecka 40·68 prc. w stanie niewyzyskanym. Podobny stosunek okazują inne liczby, i tak: składników organicznych 83·32 prc. wobec 93·18 prc., azotu 4·54 prc. wobec 6·51 prc. i t. d. Nadto przy leczeniu pyrenolem następował łatwiej rozkład tłuszczu, w stosunku 60·09 prc. do 58·17 prc.

Zastosowanie pyrenolu nie wpływa zatem pod żadnym względem na odżywienie dziecka, raczej sprowadza poprawę stanu ogólnego. Wobec wagi, jaką ma stan ogólny w przypadkach krztuśca, posiada ten stwierdzony wpływ korzystny pyrenolu na trawienie, obok działania uspokajającego i wykrztuśnego, niezaprzeczone znaczenie. *Hr.*



PIERWSZY ZAKŁAD
BANDAŻO-ORTOPAEDYCZNY
H. BOGDANOWICZA
Z PRAGI 80

UL. GRODZKA 35. W KRAKOWIE UL. FLORYANSKA 9.

Dostawca bandaży dla Miejskiej Kasy chorych.
Specyalista brzusznych pasów. —— Dla Pań damska obsługa.
Poleca swoje własne wyroby w najlepszych gatunkach we własnych i zagranicznych konstrukcyach, pasy przepuklinowe, pachwinowe, pępkowe, pasy brzuszne i nerkowe, konstrukcyi najsłynniejszych WP. Profesorów. Sznurówki i szelki do prostego trzymania się. Sztuczne aparaty do równania różnych części ciała oraz poduszki i pończochy gumowe. Pasy hygieniczne miesięczne system Teufla. Irygatory, strzykawki, wata, przyrządy do inhalacyi, prześcieradła gumowe, suspensorya i t. p.
Zamówienia wykonuje się szybko i odwrotną pocztą.
Na żądanie Wiel. P. T. Klientów przychodzę lub przyjeżdżam na Prowincyę.

MERAN
Dr Romuald Binder
ordynuje
w chorobach wewnętrznych
i nerwowych 216
WILLA „STEFANIE".

GLYCEROPHOSPHATE
GRANULÉ
ROBIN



Glycerofosfat
wapnia i sody.
Jedyny fosfat ulegający asymilacyi i nie psujący żołądka.

Wprowadzony w szpitalach paryskich.

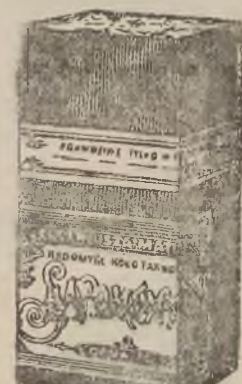
Działa niechybnie w przypadkach: krzywicy, osłabienia kości, upośledzonego wzrostu u dzieci, karmienia, ciąży, neurastenii, przemęczenia umysłowego i t. d.

Bardzo miły w smaku, zażywa się w małej ilości wody lub mleka. — Dla chorych na cukrzycę wyrabia się w kształcie pastylek. 67 b

Sprzedaż en gros: 13 rue de Poissy, Paris.
Drobiazgowa: w pierwszorzędnych aptekach.

Laboratoryum chemiczno-farmaceutyczne
EUGENIUSZA MATULI w Radomyślu koło Tarnowa





poleca wyroby własne:

Ferrophosphat (Syr. ferr. mangan. hypophosphor. comp).
w działalności identyczny z Syr. Fellowa, Dra Eggera itp.

Nieoceniony jako tonicum w przypadkach niedokrwistości, w cierpieniach narządu nerwowego, krzywicy, neurastenii itp. Zawiera: żelazo, mangan, wapień, potas, chininę, fosfor, strychninę, kwas i sole hypofosforowe rozpuszczone w syrupie. Skład chemiczny podany na każdej flaszce. Ferrophosphat Matuli wydaje się jedynie w aptekach na przepis lekarski. Cena za flakon koron 2. Sposób użycia: 2—3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w $^1/_4$ szklanki wody. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Sapomenthol. (Maść Sapomentholowa).

Zawiera ciała lotne jak: olejki eteryczne, kamforę, amoniak, alkohol, mentol itp., które przetrawiane na gorąco w maszynach parowych z mydłem, dają jednolitą masę, łatwo dokładnie wetrzeć się dającą. W użyciu przyjemny, o miłej woni. **Działa znakomicie w bólach reumatycznych różnych postaci,** specyalnie w reumatyzmie mięśniowym, lumbago, ischias, nerwobólach itp. W działaniu szybki i często pewny nawet w wypadkach, gdy inne leki skutku nie wywierały. Skuteczność Sapomentholu stwierdzają liczne poświadczenia lekarskie, jakoteż badania, czynione na klinice wiedeńskiej na oddziele III. Sposób użycia: Odpowiednie części ciała naciera się silnie, poczem owija takowe watą lub flanelą. Do nabycia we wszystkich aptekach, po cenie za mały słoik K. 1·40, za duży K. 5. Tylko w oryginalnych słoikach. Dozwolony w cesarstwie rosyjskiem przez zatwierdzenie Rady Lekarskiej i Minist. spraw. wewn. w Petersburgu.





Stomachin (Cognac chinae).

Jest czystym wyciągiem kory chinowej królewskiej i gorzkich korzeni na koniaku francuskim. **Wyborne jako „Stomachicum".** Działa wzmacniająco, ułatwia trawienie, podnieca i zwiększa apetyt, wzmacnia, działając szybko. Przy „Hyperemesis gravidarum" wywiera zbawienne skutki, wstrzymując wymioty i nudności. Dla cierpiących na płuca, specyalny cum acid. cynamilico, a to: 0·35 w 200 gramach. Sposób użycia: Bezpośrednio przed jedzeniem kieliszek. Cena małej flaszki K. 2., większej K. 4. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Uprasza się celem otrzymania wyrobu właściwego, przepisując używać zawsze formułki: oryginał Matula. Nazwy, marka ochronna i opakowanie prawnie zastrzeżone. Broszury i próbki dla Panów Lekarzy gratis i franco, przesyła Laboratoryum i Fabryka przetworów farmaceutycznych Eugeniusza Matuli w Radomyślu koło Tarnowa. 168 5.